



Escola de Enfermagem
Nova Esperança Ltda.

ISSN 1679-1983

Revista de
Ciências da Saúde
NOVA ESPERANÇA

Volume 06 - Número 02 - Dez/2008



Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

João Pessoa-PB	v. 6	n. 1	p. 1-104	dez. 2008
----------------	------	------	----------	-----------

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Tiragem: 300 exemplares

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

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 Acadêmicas

Oriana Deyze Paiva Correia Leadebal

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

Liliane Soares da Silva Moraes - CRB 15/487

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

Av. Frei Galvão, 12

Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP: 58.067-695 - Telefone: (83) 2106-4791

Site: www.facene.com.brE-mail: revista@facene.com.br**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 G. S. 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 O. 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

Ideia Editora Ltda.

ideiaeditora@uol.com.br

A partir do triênio 2007/2009 a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança obteve o Qualis “B5”, pela Capes, para as áreas de Enfermagem e Medicina.

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

Impressa no ano de 2010.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.6 n. 1. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, 2008.

v.: il.;

Semestral
ISSN 1679-1983

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU – 61(05)

Sumário

EDITORIAL

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

ESTUDO SOROEPIDEMIOLÓGICO DA CISTICERCOSE EM UMA COMUNIDADE RURAL DA PARAÍBA

Francisca Inês de Sousa Freitas
Caliandra Maria Bezerra Luna Lima
Patrícia Silva Alencar
Francisco Simões de Figueiredo Júnior
Walfredo da Costa, 7-13

ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NA CIDADE DE SOUSA - PB

Sandra Maria de Medeiros Nóbrega
Maria do Livramento Ferreira Lima
Arcângela Xavier de Medeiros, 14-23

PERSPECTIVAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR RELACIONADA AO CURSO DE ENFERMAGEM

Alysson Kennedy Pereira de Souza
Gerlane Ângela da Costa Moreira
John Allexander de Oliveira Freitas
José Jackson Garrido de Andadre, 24-31

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS SUBJETIVOS ASSOCIADOS À EXPOSIÇÃO ELETROMAGNÉTICA DOS TELEFONES CELULARES EM CORRETORES DE IMÓVEIS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB

Solidonio Arruda Sobreira
Thaise de Abreu Brasileiro
Danielle Fernanda Mota Lira
Patrícia de Melo Santos, 32-39

PERFIL DOS CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros
Kelly Gomes da Silva Sousa
Ubirany Lopes Ferreira, 40-46

ACOLHIMENTO A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Khivia Kiss da Silva Barbosa
Maria Elisabete de Araújo Sampaio
Luciana Ferreira de Sousa
Sandra Marinho de Azevedo Sorage
Elenízio Andrade de Oliveira, 47-53

O SERVIÇO SOCIAL E OS DIFERENTES PARADIGMAS DE INTERVENÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Luziana Ramalho Ribeiro
Carolina da Cunha Lima de M. Pedrosa
Maria Eveline Ramalho Ribeiro, 54-62

A VELHICE SOB O OLHAR DE MULHERES IDOSAS

Lara de Sá Neves Loureiro

Maria das Graças Melo Fernandes, 63-69

GINKGO BILOBA E SEUS EFEITOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS RELACIONADOS AO APRENDIZADO E MEMÓRIA

Fausto Pierdoná Guzen

Priscila Figueiredo Brito Guzen, 70-75

INVESTIGAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA NEUROSSÍFILIS EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Bruno Moura Lacerda

Anna Flávia Campos Ferreira Silveira

Tibério Cabral Gomes de Sousa

Giciane Carvalho, 76-83

INFECÇÃO HOSPITALAR: CONHECIMENTO E ATITUDES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DURANTE OS ESTÁGIOS CURRICULARES

Patrícia Costa Lima

Iolanda Beserra da Costa Santos, 84-94

MODALIDADES DE CONHECIMENTO E SUAS INTERFACES POSSÍVEIS COM O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Alan Dionizio Carneiro

Anatércia dos Santos Amâncio

Maria Cláudia Oliveira da Silva, 95-101

Normas Editoriais, 102

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 enfocar, 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

Artigo Original

ESTUDO SOROEPIDEMIOLÓGICO DA CISTICERCOSE EM UMA COMUNIDADE RURAL DA PARAÍBA

Francisca Inês de Sousa Freitas¹
Caliandra Maria Bezerra Luna Lima²
Patrícia Silva Alencar³
Francisco Simões de Figueiredo Júnior⁴
Walfredo da Costa⁵

RESUMO

A cisticercose é uma helmintíase típica de regiões em desenvolvimento, intimamente relacionada às precárias condições de higiene e saneamento básico, particularmente em áreas de criação extensivas de suínos. Esta pesquisa tem como objetivos: determinar a soroprevalência da cisticercose na comunidade rural de Camalaú-PB; detectar e avaliar fatores de risco relacionados à ocorrência do complexo teníase/cisticercose na comunidade em estudo. A amostra foi constituída por todos os moradores (32 pessoas) residentes na comunidade rural denominada de Sítio Velhão, pertencente ao município de Camalaú-PB. Na primeira etapa, aplicou-se a ficha epidemiológica com a finalidade de identificar fatores de risco para o complexo teníase/cisticercose e fez-se a coleta de sangue. A segunda etapa consistiu em exames sorológicos dos 32 indivíduos, tendo sido utilizada a técnica ELISA para a identificação de anticorpos séricos anticisticercos. Mediante os exames sorológicos, foi obtida uma soroprevalência de 43,75%. Por ocasião da aplicação da ficha epidemiológica, foi possível conhecer vários fatores de risco: poucos contam com fossa séptica e água tratada. No entanto, a maioria cria suínos soltos e os abate para o consumo próprio e da vizinhança. Com base nesses resultados, pode-se deduzir que as pessoas investigadas nesta pesquisa estão inseridas em um contexto que favorece não somente a manutenção, como também a propagação da cisticercose.

INTRODUÇÃO

A cisticercose é uma doença parasitária que representa grave problema de saúde pública, sobretudo nos países onde as condições higiênico-sanitárias da população são propícias à manutenção do ciclo parasitário tênia-cisticercos (ROMAN et al., 2000; SILVA, et al., 2007). Caracteriza-se pela presença da forma larval da *Taenia solium*, em diversos tecidos (TAKAYANAGUI; LEITE, 2001). É considerada endêmica em muitos países, particularmente na América Latina, África, Ásia e ainda com relativa freqüência em Portugal, Espanha, países do leste europeu e nos países desenvolvidos com alta taxa de imigração (CHAGAS; OLIVEIRA JUNIOR; TAVARES NETO, 2003.).

A persistência desta zoonose está relacionada a fatores culturais e socioeconômicos, tais como, condições higiênicas sanitárias deficientes, sistema precário de criação de suínos e não inspeção da carne, além da ausência de medidas de controle da referida parasitose (AGAPEJEV, 2003).

¹ Farmacêutica-bioquímica. Prof^a Dr^a do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPB. fisf@bol.com.br

² Farmacêutica. Prof^a da FACENE/FAMENE. Prof^a do Departamento de Fisiologia e Patologia da UFPB. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos do Laboratório de Tecnologia Farmacêutica (LTF/UFPB). R. Maria Liosa Fernandes, 30, Bessa. 58036-383. Tel.: 9121-8977. calilunalima@gmail.com

³ Aluna do curso de graduação em Farmácia.

⁴ Farmacêutico-bioquímico. Especialista em Saúde da Família.

A importância do complexo teníase-cisticercose para a saúde pública deve-se ao fato de o homem ser o hospedeiro definitivo da *T.solium*, ou o hospedeiro intermediário, ao abrigar a fase larval, *Cysticercus cellulosae* (FIGUEIREDO JUNIOR, 2002), que tem predileção pelos tecidos cerebrais, nos quais se fixa, produzindo uma das infecções mais graves do sistema nervoso central (SNC), a cisticercose cerebral ou neurocisticercose, (FREITAS et al., 2005), cujas manifestações clínicas mais comuns são as crises epilépticas.

No Brasil, o diagnóstico da neurocisticercose e o processo de vigilância não são padronizados, o que dificulta a caracterização de sua importância epidemiológica. Além da necessidade de articularem critérios epidemiológicos, clínicos, sorológicos, radiológicos e histológicos para o diagnóstico, ressalta-se a inexistência de estudos sistematizados e comparáveis para o estabelecimento de sua distribuição nas diferentes regiões do país (MINOZZO et al., 2004). Da mesma forma, em outros países endêmicos, não se dispõem de estimativas precisas da frequência da cisticercose humana (RAMOS et al., 2004).

Os dados disponíveis no Brasil revelam que os estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste são os de maior prevalência para a cisticercose humana. Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Espírito Santo e Goiás são considerados como áreas endêmicas de neurocisticercose, observando-se a presença ocasional nos estados da Bahia, Maranhão, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. Entretanto, essa situação não reflete a realidade epidemiológica do Brasil (FAÇANHA, 2006). Freitas et al. (2005) afirmaram que a região do Cariri paraibano é uma região endêmica para cisticercose, inclusive com casos confirmados de neurocisticercose.

Visando a contribuir para o panorama epidemiológico da cisticercose humana no Brasil, bem como considerando a importância de estudar essa doença em comunidades onde coexistem precárias condições sanitárias, presença de porcos criados livres, próximos às áreas residenciais e um deficiente ou inexistente controle sanitário dos suínos,

este trabalho tem como objetivo determinar a soroprevalência da cisticercose no Sítio Velhão, pertencente à cidade de Camalaú, no estado da Paraíba, além de detectar e avaliar fatores de risco relacionados à ocorrência do complexo teníase/cisticercose na referida comunidade.

MATERIAL E MÉTODOS

O universo de estudo foi constituído por todos os moradores (32 pessoas) residentes na comunidade rural denominada de Sítio Velhão, pertencente ao município de Camalaú-PB. A escolha da amostra foi feita em virtude da comunidade rural em estudo estar inserida numa região comprovadamente endêmica para cisticercose, pois a cidade de Camalaú apresenta uma alta soroprevalência para cisticercose, inclusive com casos comprovados de neurocisticercose (FREITAS et al., 2005). Todas as pessoas analisadas são assintomáticas, nunca tiveram um quadro convulsivo e não têm conhecimento a respeito do complexo teníase-cisticercose.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas sucessivas. Durante a primeira etapa aplicou-se a ficha epidemiológica com a finalidade de identificar os fatores de risco para o complexo teníase/cisticercose, e realizou-se a coleta de sangue da população mediante a punção endovenosa. Em seguida, o soro foi separado e congelado, para posteriormente ser transportado e analisado. A segunda etapa constou de exames sorológicos, com a finalidade de pesquisar anticorpos (Ac) anti-cisticercos de *T.solium*. As análises sorológicas foram realizadas no Laboratório Central de Saúde Pública - Professor Gonçalo Moniz (LACEN - BA).

A identificação de Ac anticisticercose foi realizada mediante a técnica ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay), pelo método de Bradford, que consiste na reação de anticorpos existentes no soro ou líquido cefalorraquidiano humano, com o antígeno de *Cysticercus longicollis*, obtido de camundongos swiss experimentalmente infectados, que são adsorvidos na cavidade da microplaca. Este antígeno é constituído de proteínas solúveis de membrana e do fluido vesicular de *Cysticercus longicollis*. Esta técnica foi escolhida devido a sua reconhecida eficácia como método de

diagnóstico da cisticercose.

No que concerne aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e foi aprovado com o protocolo nº 0165. O delineamento do estudo seguiu as normas estabelecidas na Resolução 196/96 (CNS), que regulamentam as pesquisas em seres humanos. Todos os indivíduos que participaram do projeto receberam explicação verbal dos procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constaram todas as informações relativas ao estudo, bem como a autorização, pelo participante, da publicação dos resultados obtidos, sendo resguardada a sua identidade.

As informações coletadas nesta pesquisa foram organizadas em tabelas e gráficos do programa Microsoft Excel para análise dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A cisticercose é um grave problema de saúde pública, considerada endêmica em muitos países, nos quais a persistência dessa zoonose está relacionada a fatores culturais, sociais e econômicos (SILVA et al., 2007). A manutenção do complexo teníase/cisticercose se dá através de pontos vulneráveis do ciclo parasitário tênia/cisticercose, que são: o fato do ciclo de vida requerer o homem como seu hospedeiro definitivo; a teníase humana ser a única fonte de infecção suína; a criação de porcos poder ser controlada; e o fato da inexistência de reservatórios silvestres. Essas

características constituem argumentos favoráveis à potencial erradicação dessa doença (SILVA et al., 2007).

Os dados observados na Tabela 1 demonstram uma prevalência elevadíssima de pessoas com sorologia positiva para a cisticercose (43,75% dos participantes), o que mostra a relação direta entre o complexo teníase/cisticercose e as condições sanitárias precárias que assolam a comunidade rural do município de Camalaú. Ainda na Tabela 1, observa-se que a presença de *Ac anticisticercose* ocorreu em ambos os gêneros, com uma frequência um pouco maior para o sexo feminino, explicada pelo fato de que entrevistou-se um maior número de mulheres. Mendes et al. (2005) afirmam que não se observa diferenças entre os gêneros, e também não há diferenças entre raças, razão porque considera-se o agravo mais associado aos hábitos alimentares e ao saneamento básico, ratificando os dados do presente manuscrito.

No que diz respeito à faixa etária, observamos que 11 (35,73%) dos participantes encontram-se entre 50 e 60 anos (dados não mostrados). Esses resultados corroboram os de Freitas et al. (2005), que em seu trabalho realizado na região do Cariri, detectaram uma maior soroprevalência na faixa etária acima de 49 anos. E ainda segundo Chagas et al. (2003) esses dados estão de acordo com os descritos na literatura, que apresenta relatos de casos desde 1 ano até os 70 anos, sendo mais rara nos extremos.

Os resultados da avaliação através da ficha epidemiológica foram analisados e os dados obtidos foram cruzados com o

Tabela 01 – Relação entre resultados da reação sorológica ELISA para *Ac anticisticercose* e o sexo de indivíduos residentes na zona rural do município de Camalaú-PB.

ELISA(sorologia)	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Reagentes	9	28,12	5	15,62	14	43,75
Não Reagentes	9	28,12	9	28,12	18	56,25
Total	18	56,25	14	43,75	32	100,00

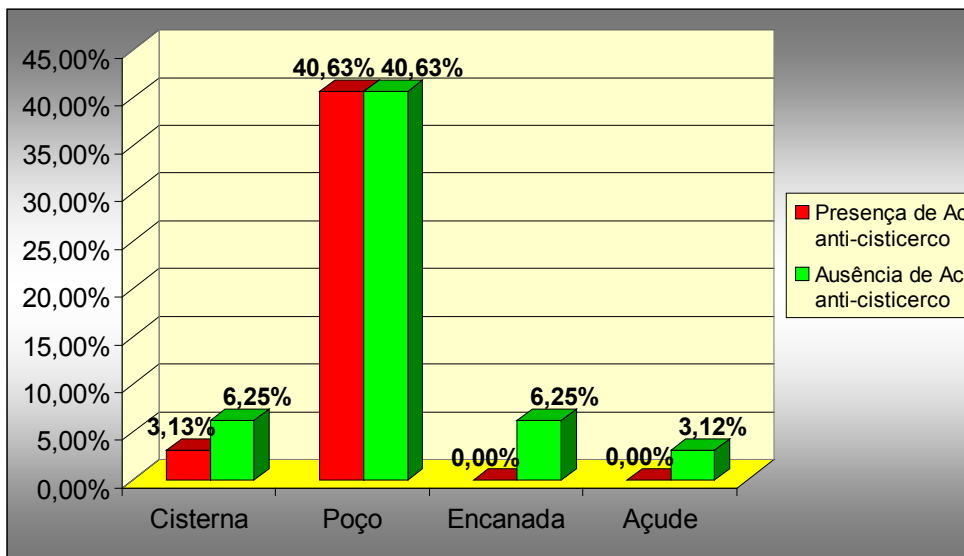


Gráfico 1 - Presença de Ac anticisticerco X Origem da água consumida.

resultado da sorologia para Ac anticisticerco.

Com relação à origem da água, constata-se que 26 (81,25%) dos entrevistados utilizam como fonte de água o poço, sendo que 13 (40,63%) destes apresentaram sorologia positiva para o Ac anticisticerco. A água proveniente da cisterna é utilizada por 3 (9,38%), mas apenas 1 (3,13%) apresenta reação positiva. Somente 2 (6,25%) dos participantes fazem uso da água encanada, e 1 (3,12%) de açude (Gráfico 1). Os resultados sugerem uma possível contaminação da água proveniente do poço e de cisternas com ovos de *Taenia solium*.

Em se tratando do local utilizado para evacuar, 26 (81,26%) dos analisados evacuam “a céu aberto” e destes 13 (40,63%) apresentaram resultados positivos para Ac anticisticerco. A “casinha de fundo de quintal” é utilizada por 6 (18,75%) participantes e somente 1 (3,13%) apresentou sorologia positiva (Gráfico 2). A evacuação a céu aberto torna possível a contaminação do peridomicílio e realça o fato de que as condições sociais, econômicas e culturais estão intrinsecamente vinculadas com a referida parasitose.

No Gráfico 3 analisam-se os dados referentes ao modo de criação de porcos

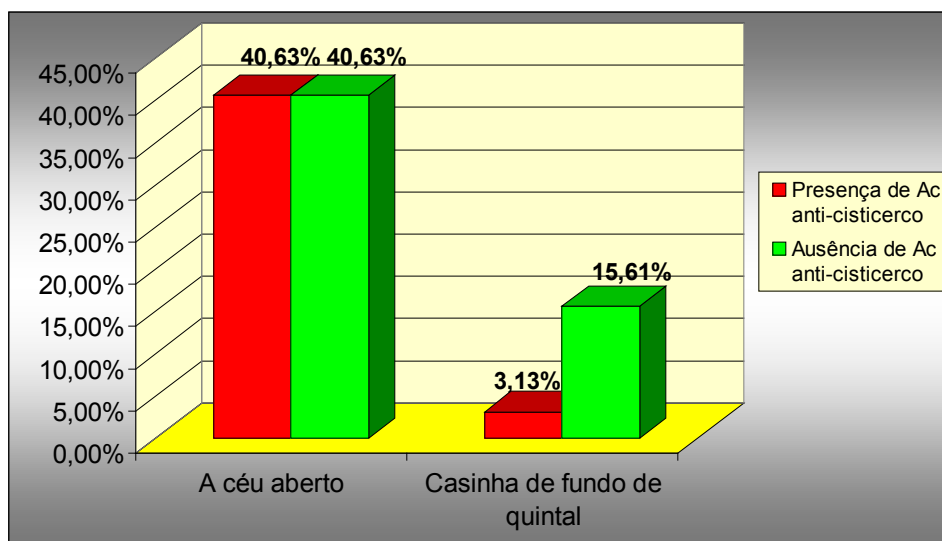


Gráfico 2 - Presença de Ac anticisticerco X Local utilizado para evacuar.

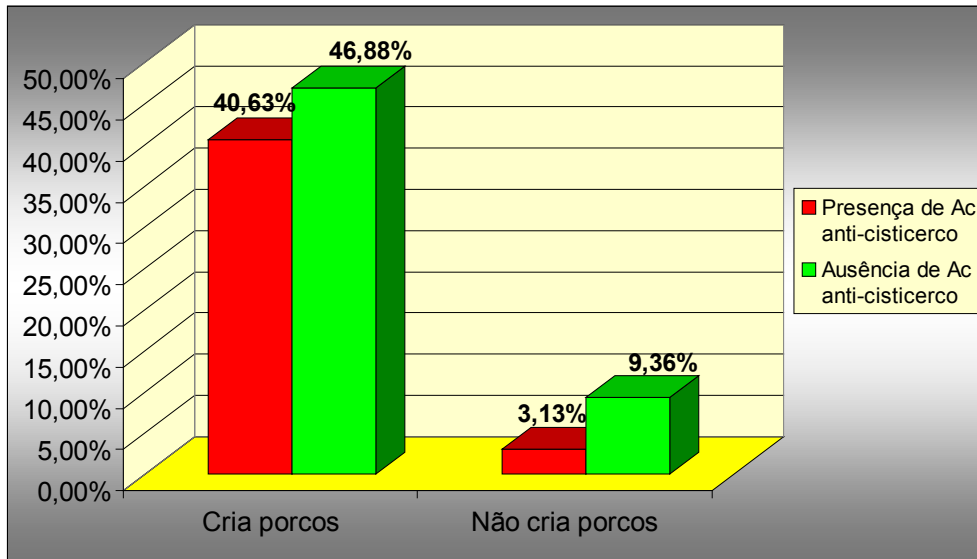


Gráfico 2 – Presença de Ac anticisticerco X Modo de criação de porcos.

x a presença de Ac anticisticerco, os resultados mostraram que 28 (87,49%) dos entrevistados criam porcos, sendo que destes, 13(40,63%) apresentaram sorologia positiva para o Ac anticisticerco. Constatase que 4 (12,5%) dos participantes não criam porcos e apenas 1 (3,13%) apresentou sorologia positiva.

No cruzamento de dados referentes à presença de Ac anticisticerco X Local onde os porcos são criados, observa-se que a criação de suínos soltos no quintal atinge 22 (68,75%) e entre estes, 10 (31,25%) apresentam anticisticerco. Dos 5 (15,63%) que criam em chiqueiros longe de casa, 2 (6,25%) são positivos para a presença do Ac anticisticerco. Apenas 1 (3,13%) cria porco

em chiqueiro perto de casa e apresentou resultado positivo para a sorologia. Dos 4 (12,5%) que não criam porcos, apenas 1 (3,13%) apresentou sorologia positiva para o Ac (Gráfico 4).

Freitas et al. (2005) afirmaram que a criação de porcos soltos no quintal associados às condições de saneamento básico desfavoráveis (água não tratada, de poço, defecação a céu aberto) indicam a existência de fatores suficientes para a ocorrência do ciclo para-sitário tênia/cisticerco.

No que concerne aos hábitos alimentares, 7 (21,87%) consomem verduras cozidas; 8 (25,0%) ingerem verduras cruas e 17 (53,13%) não as consomem. Dos 14

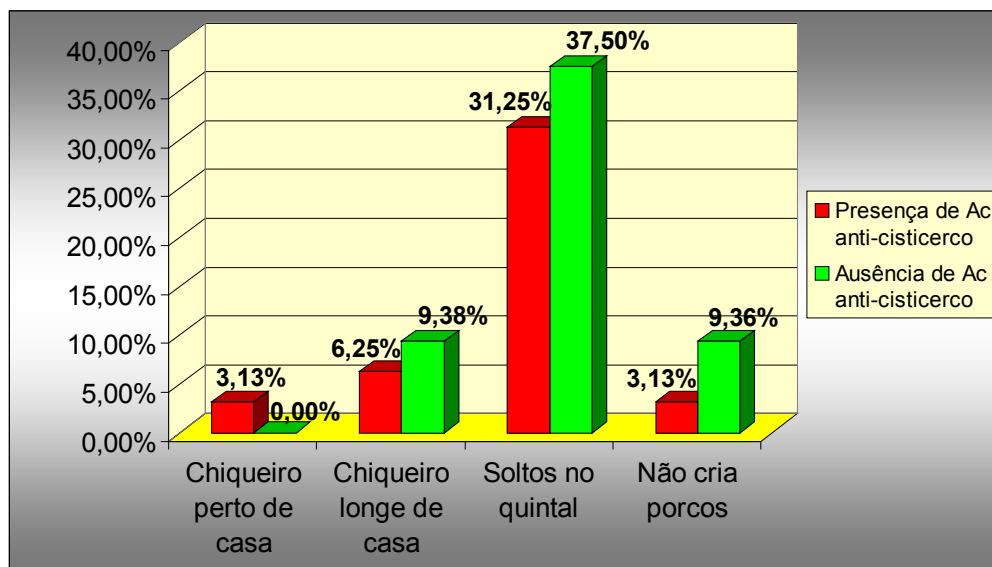


Gráfico 4 – Presença de Ac anticisticerco X Local onde os porcos são criados.

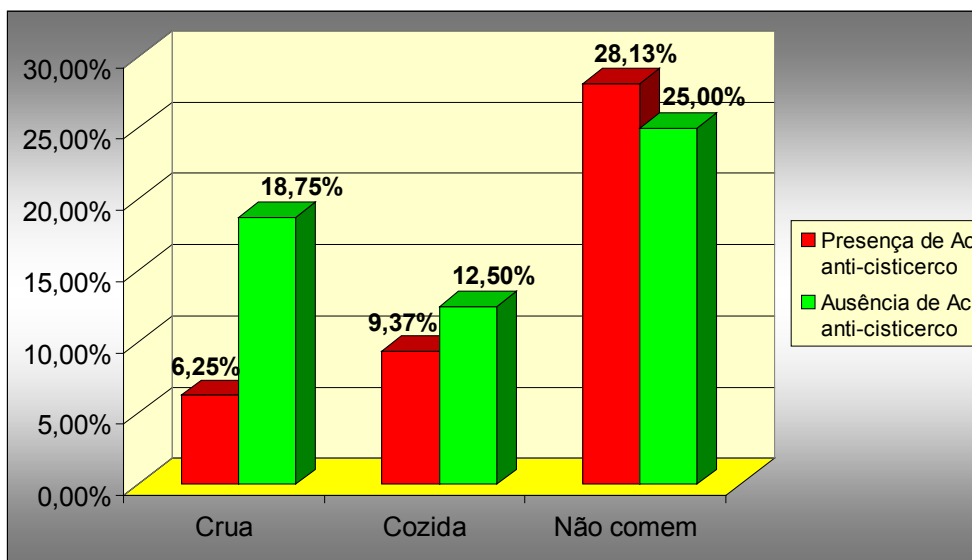


Gráfico 5 – Presença de Ac anticisticerco X Consumo de verduras.

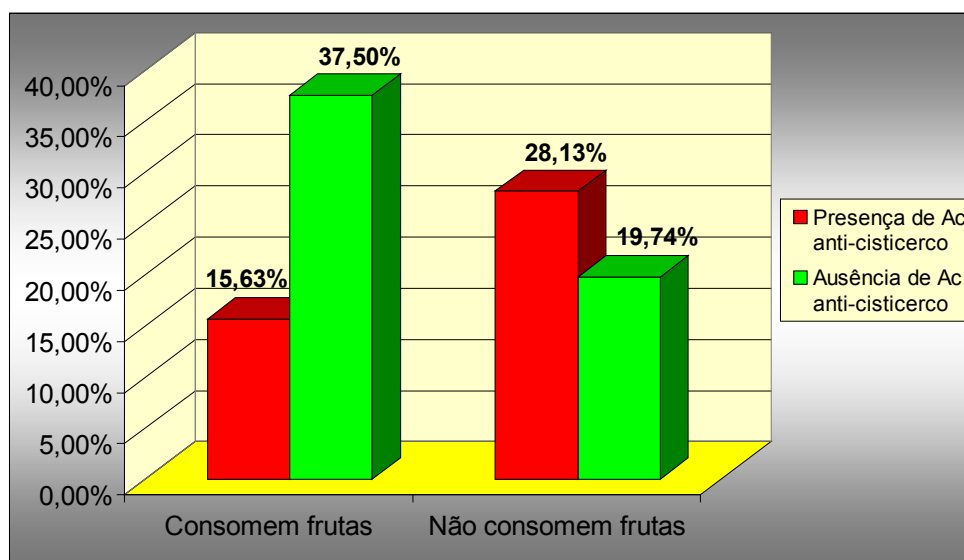


Gráfico 6 – Presença do Ac anticisticerco X Consumo de frutas.

CONCLUSÃO

(43,75%) participantes com resultados positivos para a presença de cisticercos, 5 (15,62%) são consumidores de verduras, sendo que 3 (9,37%) pacientes consomem após o cozimento e 2 (6,25%) pacientes consomem as verduras sem cozimento prévio. Entretanto, 9 (28,13%) pacientes com sorologia positiva não são consumidores de verduras (Gráfico 5).

Quanto ao hábito de consumir frutas, o Gráfico 6 retrata que dentre os 17 (53,13%) indivíduos que consomem tal alimento, 5 (15,63%) apresentam sorologia positiva. Trata-se de mais um fator de

risco importante, pois segundo Mendes (2005), nos países subdesenvolvidos a manipulação inadequada de frutas e verduras, do ponto de vista higiênico, é uma das principais formas de transmissão da cisticercose.

Na casuística do presente estudo foi detectada uma soroprevalência de 43,75%, considerada muito alta, fazendo supor que a cisticercose é uma realidade no Sítio Velhão, porém, faz-se necessária a realização de investigações futuras, inclusive mediante a técnica conhecida como Western Blot e exames de neuroimagens.

A análise das fichas epidemiológicas possibilitou o conhecimento de vários fatores de risco para o complexo teníase-cisticercose, dentre os quais, pode-se destacar: 81,25% dos sujeitos-objeto da pesquisa afirmaram que defecam no solo e utilizam água de poço; 87,49% criam suínos, sendo que 68,75% os mantêm de maneira extensiva. Entretanto, não foi possível avaliar a variável “consumo de carne suína”, porque os relatos supostamente não foram fidedignos, uma vez que os indivíduos relutavam bastante antes de fornecer a informação, e grande parte aparentemente tinha vergonha de revelar que abatiam os referidos animais para consumo próprio e da vizinhança.

Esses resultados revelam que os habitantes do Sítio Velhão encontram-se inseridos em um ambiente pleno de condições favoráveis para o processo de manutenção e propagação da cisticercose.

A SEROEPIDEMIOLOGIC STUDY OF THE CYSTICERCOSIS IN A RURAL COMMUNITY OF BRAZIL'S NORTHEAST

The cysticercosis is a typical helminthiasis of those regions which are under development and it is directly related to hygiene precarious conditions as well as to bad sanitary ones, it is principally observed in an area which pigs are created. Objectives: The main objective of this research is to ~~determine the seroprevalence of cysticercosis in Velhão ranch, Camalaú PB, as well as to detect and evaluate the risk factors related to the taeniasis cysticercosis complex occurrence in the community of study.~~ This research was made by a sample of 32 people and it was developed into

two phases. During the first one, it was applied an epidemiologic form with the purpose to identify the risk factors of taeniasis cysticercosis complex and it was also done a blood collection. The second phase consisted in serologic exams of 32 people, using the ELISA technique to identify the anti-cysticercosis serum antibodies. Results: Based on the serologic exams, it was observed 43,17% of seroprevalence. Through the epidemiologic application form, it was possible to notice lots of risk factors; A small quantity of inhabitants of this place has cesspool and treated water. However, most of them create pigs freely and these people kill the animals for their own consumption and also for the neighborhood's consumption. Based on the results, it can be deduced that the investigated people of this research are inserted in context that favors not only the maintenance, but also the propagation of cysticercosis.

Key words: Cysticercosis. Seroprevalence. Risk factors.

REFERÊNCIAS

AGAPEJEV, S. Aspectos clínico-epidemiológicos

da neurocisticercose no Brasil: análise crítica. Arq. Neuropsiquiatria, v. 61, 2003.

CHAGAS, M. G. L.; OLIVEIRA JUNIOR, A. D.; TAVARES NETO, J. Manifestações clínicas da neurocisticercose na região do semi-árido do nordeste brasileiro. Arq. Neuropsiquiatria., v.61, 2003.

FAÇANHA, M.C. Casos de cisticercose em pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde: distribuição no estado do Ceará. Rer. Soc. Bras. Med. Tropical., v.39, n.5, 2006.

FIGUEIREDO JUNIOR, F. S. Pesquisa de coproantígenos e anticorpos anti-cisticercose de Taenia solium em pacientes epiléticos no município de Prata-PB. 2002. 79f. Monografia (conclusão do curso de Análises Clínicas). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2002.

FREITAS, F.I.S. et al. Estudo da cisticercose em pacientes portadores de epilepsia residentes em municípios do Cariri Paraibano. Arq. Neuropsiquiatria., v.63, n.3A, p. 656-660, 2005.

MENDES, E.C. et al. A neurocisticercose

Artigo Original

ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NA CIDADE DE SOUSA - PB

Sandra Maria de Medeiros Nóbrega¹
María do Livramento Ferreira Lima²
Arcângela Xavier de Medeiros³

RESUMO

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública, uma vez que pode se tornar fator decisivo para o desenvolvimento de cardiopatias e comprometimento cerebral. O presente estudo é voltado para a adesão de pacientes hipertensos ao tratamento na cidade de Sousa – PB, visando descobrir se os pacientes inseridos na rede básica de saúde aderem ao tratamento prescrito, bem como, investigar os fatores associados à não-adesão dos mesmos. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família, Jardim Sorrilândia IV, localizado a Rua João Malvino Filho, nº 50, em Sousa - PB. Nesta pesquisa de caráter qualitativo, os dados foram coletados através de uma entrevista estruturada, por meio de questionário, elaborado com perguntas objetivas não indutivas. Após a coleta dos dados, os resultados foram resumidos em gráficos e tabelas com uma análise dos dados. Participaram do estudo 100 pacientes hipertensos da referida unidade cadastrada no programa Hiperdia. Os resultados deste estudo revelaram que da população hipertensa 66% são mulheres; 20% da população apresentam idade superior a 70 anos; 79% são casados. Com relação à renda per capita, esta varia de 1 a 3 salários. A população revelou conhecer o perigo da hipertensão, porém, não conhece os fatores de risco para o agravamento da doença. Os pacientes hipertensos aderem ao medicamento prescrito, mas não o realizam de forma adequada, tornando-se em fortes candidatos a doenças cardiovasculares, segundo o IMC e RCQ.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Adesão ao Tratamento. Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

Estadísticas demonstram que a hipertensão arterial acomete de 10 a 40% ou mais da população, conforme faixa etária, sendo considerada de alta morbidade e mortalidade, mas com grande potencial preventivo (TARGA, 2006).

O conhecimento da distribuição da hipertensão arterial na população e a identificação de grupos vulneráveis são de interesse da saúde pública, uma vez que a pressão alta está diretamente implicada com complicações ao coração, resultando num quadro de morbimortalidade significativa nas sociedades de todo o mundo.

O presente estudo contribui para a identificação real da adesão de pacientes hipertensos ao tratamento atendidos na rede básica de saúde, visto que o Ministério da Saúde preconiza e disponibiliza o tratamento medicamentoso e este é entregue nas Unidades de Saúde, porém são imaturos os estudos que revelem se o paciente está aderindo coerentemente ao tratamento. É preciso desenvolver a percepção da consciência dos hipertensos como ser portador de um problema de saúde que solicita cuidados e descobrir: será que os pacientes hipertensos inseridos na rede básica aderem ao tratamento prescrito e o realiza adequadamente?

Desse modo, o interesse pela temática surgiu durante um contato com os pacientes

¹ Enfermeira formada pelas Faculdades Integradas de Patos/FIP. Rua: Augusto dos Anjos, 70, Bairro Bancários, Sousa, Paraíba. Tel: (83) 88150876. E-mail: sm_dalila@hotmail.com.

² Doutora em Biologia de Fungos. Professora do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-Paraíba.

³ Enfermeira formada pelas Faculdades Integradas de Patos/FIP. Paraíba.

hipertensos na rede básica de saúde, uma vez que a elaboração pelo referido estudo oferece: embasamento científico e conhecimento acerca da adesão de pacientes hipertensos atendidos no PSF; contribui para a realização de intervenções de enfermagem coerentes e eficazes para a adesão terapêutica; disseminar ações educativas para os profissionais de saúde e portadores da hipertensão a adotarem comportamentos necessários ao tratamento.

OBJETIVOS

Geral

Investigar os fatores associados a não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento na Unidade de Saúde da Família Jardim Sorrilândia IV no Município de Sousa - PB.

Específicos

Analisar o nível de conhecimento do paciente hipertenso sobre a doença e adesão ao tratamento.

Identificar junto ao usuário o conhecimento sobre medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial na atenção básica.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Jardim Sorrilândia IV, localizada na Cidade de Sousa, Estado da Paraíba, Brasil. Realizou-se um estudo descritivo, de caráter qualitativo, utilizando entrevista estruturada através de questionário elaborado previamente com perguntas objetivas não indutivas, para investigar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

O projeto do estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG, na Paraíba, sendo aprovado sem restrição em 29 de fevereiro 2008, de acordo com o parecer constante do processo número nº 72/2008. O paciente era informado sobre o estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após

a obtenção do consentimento, com a assinatura do Termo, era então realizada a entrevista e os demais procedimentos do estudo.

A Unidade de Saúde possui 320 pacientes hipertensos cadastrados, que foram convidados a participar do estudo, sendo que 100 deram seu consentimento. A escolha dos pacientes foi feita considerando como critério principal os pacientes hipertensos cadastrados no Hiperdia, considerando o registro mensal da busca do medicamento na Unidade de Saúde. As entrevistas foram realizadas uma única vez, no contato com o paciente, ao buscar o medicamento em local reservado.

O Hiperdia é um dos programas prioritários do Ministério da Saúde. É um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao diabetes mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (TARGA, 2006).

Todas as entrevistas foram realizadas no período de julho de 2007 a março de 2008, na própria Unidade de Saúde, sendo conduzida pelas entrevistadoras. O questionário estruturado e padronizado foi desenvolvido pelas autoras; com a sua aplicação obtiveram-se variáveis demográficas, sociais e clínicas dos pacientes.

RESULTADOS

Dentre os hipertensos pesquisados 66% são do sexo feminino e 34% do sexo masculino.

A incidência de hipertensão desenhada no sexo feminino pode estar relacionada ao próprio gênero, supondo-se que as expectativas de vida influenciam para o desenvolvimento da doença. Assim, o aumento da pressão arterial no gênero feminino é um fator bastante preocupante, não desprezando a importância clínica da patologia a qualquer sexo, raça, idade, dentre outros, pelo fato hipotético das

Tabela 1- Distribuição da amostra relacionada com a idade

Característica	Frequência	Porcentagem
Idade	(n =)	(%)
20 a 30	4	4%
31 a 40	4	4%
41 a 50	14	14%
51 a 60	24	24%
61 a 70	30	30%
71 a 80	20	20%
81 a 90	4	4%

mulheres terem maior abertura com relação à aceitação de informações que venham ao encontro de valores desejáveis de pressão, decorrentes do controle dos fatores de riscos.

É cabível informar que estudos realizados acerca da hipertensão arterial apresentaram maior prevalência na população do sexo feminino (VIEBIG et al, 2006; MARCOPITO et al, 2005; RENOVATO; DANTAS, 2005).

De acordo com a idade dos hipertensos pesquisados, a Tabela 1 evidencia que 30% das pessoas pesquisadas encontram-se na faixa etária de 61 a 70 anos e 4% se encontram ou na faixa etária de 20 a 40 anos, ou entre 81 a 90 anos.

A hipertensão arterial é uma doença que acomete aproximadamente 20% da população adulta jovem e mais da metade dos idosos no mundo, prevalecendo conforme os grupos étnicos e sociais. Há estimativas de que em 2025, 7% de toda a população brasileira será composto de idosos hipertensos, o que significa 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos apresentando pressão alta (MONTEIRO, 2005; IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Conforme o estado civil, 74% dos hipertensos entrevistados são casados e 3% são separados. Em estudo desenvolvido por Anderson et al. (1998) a grande maioria dos idosos entrevistados, cerca de 68%, não tem vínculo conjugal: são viúvos (41,9%), solteiros (14%), separados ou divorciados (11,8%). O percentual restante é de casados (41,9%). Logo, concluíram que o fato de morar sozinho não significa um problema

em si, já que pode ser uma opção, porém, é considerado uma situação de risco pela Organização Mundial da Saúde, tendo em vista a possibilidade de perda da autonomia e inadequado suporte familiar.

Assim, percebe-se que a família parece ser outro aspecto importante na vida dos hipertensos idosos. Por conseguinte, o contexto social formado pela família pode ser particularmente significativo para a etiologia da saúde (HUGHES & WAITE, 2002 apud ALVES, 2004).

Com relação à cor da pele, 50% dos hipertensos pesquisados referem que sua cor é branca e 13% afirmam ser negros. Assim, há uma convergência entre o estudo realizado, com a literatura pertinente, visto que os indivíduos de cor branca predominam em relação aos negros.

Observa-se, segundo a IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), que nos negros a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionada a fatores étnicos e/ou socioeconômicos, predominando no país a miscigenação, que pode diferir dos negros quanto às características da hipertensão.

Analisando os dados da Tabela 2, percebe-se que 39% dos pacientes pesquisados são analfabetos convergindo com 3% dos pesquisados, que têm superior incompleto. Com relação à renda per capita, 83% possuem renda entre 1 e 3 salários.

A análise do nível de escolaridade e da renda per capita corrobora como elemento de fator de risco para a hipertensão arterial, uma vez que o maior grau de escolaridade resulta em pessoas esclarecidas a qualquer pro-blemática; quanto ao fator salarial,

Tabela 2 - Distribuição da amostra relacionada com as características socioeconômicas

Característica	Frequência	Porcentagem
Escolaridade	(n =)	(%)
Analfabeto	39	39%
Ensino Fundamental incompleto	24	24%
Ensino Fundamental completo	20	20%
Ensino Médio incompleto	8	8%
Ensino Médio completo	3	3%
Superior incompleto	3	3%
Superior completo	3	3%
Total	100	100%
Renda per capital	(n =)	(%)
Menor que um salário	14	14%
Entre 1 e 3 salários	83	83%
Entre 4 e 6 salários	0	0%
Acima de 6 salários	3	3%
Total	100	100

este também é de bastante relevância, uma vez que pessoas com maior poder aquisitivo dispõem de equipe multiprofissional, disponibilidade de exames e tratamentos a que vem somar na melhoria da hipertensão.

Corroborando com o exposto, Brasil (2001) afirma que as características do hipertenso como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devem ser consideradas, bem como, a baixa situação socioeconômica pode limitar o acesso ao tratamento e aquisição dos medicamentos.

Com relação ao baixo poder aquisitivo, este não só dificulta a sobrevivência dos entrevistados, como também, aumenta suas preocupações e a dificuldade de acesso aos medicamentos anti-hipertensivos, (SANTOS; LIMA, 2005).

É cabível relatar que em estudos desenvolvidos sobre hipertensão, a maioria dos pacientes não soube definir o que é pressão alta ou a definiram como algo relacionado a problemas no sangue; a cardiopatias; a nervosismo e a alterações vasculares (PÉRES, MAGNA; VIANA, 2003; GUIMARÃES; RIBAS 2006).

De acordo com a Tabela 3, os pacientes

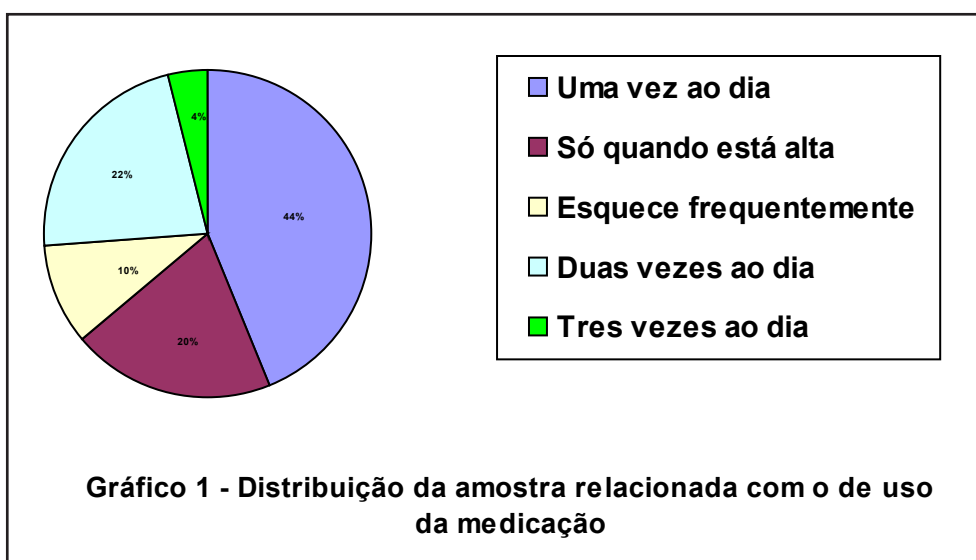
hipertensos puderam expressar o seu conhecimento acerca da pressão arterial, como é realizado o tratamento e se faz uso da medicação.

Assim, uma parcela significativa (94%) verifica a sua pressão continuamente, o que os torna conhecedores da evolução da sua pressão arterial. Por conseguinte, 51% revelaram ter pressões geralmente normais, que seria para estes, valores pressóricos entre 140 a 90 mmHg, 8% enfatizam que sua pressão é variada, ou seja, o paciente apresenta picos de pressão alta com intervalo de pressão normal. Com relação a se os pacientes já trataram hipertensão, 1% referiu que não, e não usa medicação por estar, no ato da entrevista, em início de tratamento, e os 99% estão tratando e fazem uso de medicação.

Vários hipertensos, segundo a enfermeira responsável pelo Programa, garantem estar seguindo adequadamente o tratamento, apesar de permanecerem sem controle pressórico, se-rem resistentes a realizar as orientações prestadas, ou ainda referirem não usar regularmente a medicação. Em contrapartida, os medicamentos anti-hipertensivos reduzem a pressão arterial (PA) e a mortalidade relacionada à hipertensão arterial sistêmica

Tabela 3 – Distribuição da amostra relacionada com o conhecimento sobre a hipertensão arterial, tratamento e medicação.

Entrevista	Frequência	Porcentagem
Mede sempre a pressão?	(n =)	(%)
Sím	94	94%
Não	6	6%
Total	100	100%
Qual o nível?	(n =)	(%)
Normal	51	51%
Alta	41	41%
Não lembra	0	0%
Variada	8	8%
Total	100	100%
A pressão fica mais alta?	(n =)	(%)
Manhã	32	32%
Tarde	34	34%
Não sabe	26	6%
Variada	8	8%
Total	100	100%
Variável tratamento	Frequência	Porcentagem
Já tratou hipertensão?	(n =)	(%)
Sím	0	0%
Não	1	1%
Não lembra	0	0%
Está tratando	99	99%
Não trata mais	0	0%
Já tratei	0	0%
Total	100	100%
Variável medicação	Frequência	Porcentagem
Usa medicação	(n =)	(%)
Sím	99	99%
Não	1	1%
Total	100	100%



(HAS), porém, em poucos casos o uso do medicamento é feito de maneira correta, o que é um problema inerente ao tratamento de condições crônicas e assintomáticas, sendo um dos motivos da baixa efetividade do tratamento medicamentoso da HAS (GUIMARÃES; RIBAS, 2006).

O Gráfico 1 demonstra que 44% dos pacientes toma medicação uma vez ao dia e 4% 3 vezes ao dia.

Pode-se inferir que a maior porcentagem de hipertensos toma a medicação uma vez ao dia, podendo ser considerado fator favorável para adesão ao tratamento farmacológico, visto que a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) relata que o objetivo do tratamento medicamentoso é reduzir a morbimortalidade cardiovascular decorrente da HAS, porém, para decidir o tipo de medicamento é necessário conhecer se o mesmo é eficiente e bem tolerado, dar prioridade a medicamentos com posologia de dose única diária, e se necessário aumentar a dose gradativamente, instruir

o paciente sobre a doença, particularizando a necessidade do tratamento continuado, os efeitos adversos.

De acordo com a Tabela 4, 76% dos pacientes hipertensos não ouviram falar da prevenção da HA, porém, tomam o remédio como orientado. Com relação às informações disseminadas pelos profissionais de saúde, 64% relatam que estas não são suficientes, e 90% relatam não sentir efeitos colaterais ao tomarem a medicação.

Assim, as informações sobre a hipertensão não são disseminadas de forma efetiva. O local que deveria ser privilegiado para o processo de educação para a saúde, as Unidades de Saúde da Família, não está dedicando à devida importância, bem como os profissionais da saúde não estão divulgando informações suficientes que atendam as dúvidas dos pacientes. Apesar dos hipertensos estarem tomando a medicação, não estão realizando adequadamente o seu tratamento.

Araújo; Guimarães (2007) contribuem ao dizer que no PSF, a atenção deve estar centrada na família, na qual a população

Tabela 4 – Distribuição da amostra relacionada às informações sobre o uso de medicação

ITEM	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Ouviu falar da prevenção. Onde?	(n =)	(%)
Sím	24	24%
ACS	4	4%
TV	14	14%
USF	6	6%
Não	76	76%
Total	100	100%
Toma o remédio como orientado?	(n =)	(%)
Sím	76	76%
Não	24	24%
Total	100	100%
As informações dos profissionais do PSF são suficientes?	(n =)	(%)
Sím	36	36%
Não	64	64%
Total	100	100%
Sente alguma reação?	(n =)	(%)
Sím	10	10%
Não	90	90%
Total	100	100%

adscrita está sob a responsabilidade da equipe multiprofissional. A assistência à saúde é centralizada no binômio médico-enfermeiro, e se estende até ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), este é o elo fundamental entre o domicílio e a unidade de saúde.

Desse modo, é necessária a educação continuada para estimular a adesão ao tratamento, identificar os pacientes de riscos para não adesão.

Como observado na Tabela 5, a seguir, 74% dos hipertensos realizam dieta hipos-sódica, 95% não fazem dieta para emagrecer e 82% não fazem atividade física, sendo que 18% fazem caminhadas.

Dessa forma, os pacientes pesquisados demonstram-se sedentários, o que pode estar diretamente relacionado com o aumento da cintura e do IMC.

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), a dieta hipossódica contribui para uma menor prevalência de complicações cardiovasculares, reduz a pressão arterial, bem como previne a sua elevação.

O peso em excesso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência de hipertensão arterial podem ser explicadas por essa associação. Com relação ao exercício físico, ele pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral.

De acordo com a Tabela 6, 50% dos entrevistados sabem que o diabetes mellitus corresponde a fator de risco para o agravamento da hipertensão; 60% reconhecem o

Tabela 5 – Distribuição da amostra relacionada aos fatores de riscos para HAS

ITEM	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Dieta hipossódica	(n =)	(%)
Sím	74	74%
Não	4	4%
Fez mas parou	16	16%
Nunca fez	6	6%
Total	100	100%
Dieta para emagrecer	(n =)	(%)
Sím	4	4%
Não	95	95%
Fez mas parou	0	0%
Nunca fez	1	1%
Total	100	100%
Atividade física	(n =)	(%)
Sím	18	18%
Caminhada	18	100%
Não	82	82%
Nunca fez	0	0%
Total	100	100%

100%

Tabela 6 – Distribuição da amostra relacionada ao conhecimento dos hipertensos acerca de fatores de riscos pessoais para agravar a hipertensão.

ITEM	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
diabetes mellitus	(n =)	(%)
Sím	50	50%
Não	50	50%
Total	100	100%
Tabagismo	(n =)	(%)
Sím	60	60%
Não	40	40%
Total	100	100%
Etilismo	(n =)	(%)
Sím	68	68%
Não	32	32%
Total	100	100%
Colesterol	(n =)	(%)
Sím	46	46%
Não	54	54%
Total	100	100%
Sedentarismo	(n =)	(%)
Sím	41	41%
Não	59	59%
Total	100	100%
Obesidade	(n =)	(%)
Sím	41	41%
Não	59	59%
Total	100	100%

tabagismo, 68% o etilismo, 54% não sabem que o colesterol corresponde a fator de risco para a pressão alta, bem como 59% não sabem que o sedentarismo e a obesidade são fatores de risco para a hipertensão.

Passos (2006) compreende que a alta prevalência e aglomeração de fatores de riscos para DCV nos hipertensos reforçam a necessidade da abordagem integral do perfil de risco dessa população.

A hipertensão associada ao tabagismo, diabetes e dislipidemia constituem-se em importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% das mortes. Do mesmo modo, o tabagismo, associado à hipertensão, potencializa o risco das cardiopatias isquêmicas e de outras doenças cardiovasculares, enquanto sua abolição reduz estes riscos (SANTOS; LIMA, 2005).

O peso dos pacientes pesquisados

mostra-se bastante variável, 25% da amostra apresenta peso entre 81 a 90K. Com relação à altura, 35% apresentam estatura entre 1.41cm a 1.51cm. O IMC revelou que 72% dos pacientes pesquisados apresentam de 25 a 40. A pressão arterial demonstrou que 83% apresentam valores pressóricos entre 140 x 70 a 150 x 90 mmHg. O IMC demonstrou que os pacientes estão acima do peso e a RCQ que 82% estão com risco para DCV, associada à pressão que se encontra em valores altos e variados.

A partir de uma dieta equilibrada e saudável é possível mudar o perfil antropométrico da população.

CONCLUSÃO

Desse modo, a hipertensão arterial é, entre as doenças crônico-degenerativas,

Tabela 7 – Distribuição da amostra relacionada com as características do exame físico.

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Peso	(n =)	(%)
40 a 50 k	8	8%
51 a 60k	15	15%
61 a 70k	25	25%
71 a 80k	17	17%
81 a 90k	25	25%
Total	100	100%
Altura	(n =)	(%)
1.41 a 1.51m	35	35%
1.51 a 1.60m	27	27%
1.61 a 1.70m	25	25%
1.71 a 1.80m	13	13%
Total	100	100%
IMC	(n =)	(%)
10 a 19	8	8%
20 a 24	22	22%
25 a 30	36	36%
31 a 40	36	36%
Total	100	100%
RCQ	(n =)	(%)
0,6	10	10%
0,7	8	8%
0,8	36	36%
0,9	40	40%
1cm	6	6%
Total	100	100%
PA	(n =)	(%)
140 X 70 a 150 X 90	83	83%
160 X 60 a 180 X 120	10	10%
220 X 40	7	7%P
Total	100	100%

a que acomete a população pesquisada mais comumente detectada, juntamente com a adesão de pacientes ao tratamento prescrito, embora não o realizando de forma adequada. Sendo assim, os pacientes com HA são fortes candidatos a desenvolver complicações decorrentes da falta de controle da hipertensão arterial.

Ao verificar o nível de conhecimento dos pacientes acerca da pressão alta, a pesquisa revelou que os mesmos sabem que a hiper-tensão conduz potencialmente o risco de morte, no entanto, o que foi quantificado não é coerente com o conhecimento do paciente sobre a adesão ao tratamento, visto que 30% dos pacientes não aderem ao medicamento prescrito para a pressão alta.

Dentre os fatores de riscos para o agrava-mento da hipertensão arterial, a

pesquisa demonstrou que os pacientes não realizam dieta hipossódica, dieta para emagrecer e são com exclusividade sedentários. Com relação ao conhecimento sobre diabetes mellitus como fator de risco para o agravamento da pressão alta e posteriormente complicação cardiovas-culares, foi satisfatório o resultado encontrado; em contrapartida, o conhecimento acerca do tabagismo, etilismo, e níveis altos de co-lesterol, relevou que o conhecimento é insuficiente.

Por conseguinte, foi observado que os mesmos sabem que a falta de atividade física e a obesidade implica diretamente no aumento da PA, bem como os hipertensos em estudo apresentam risco para desenvolver doenças cardiovasculares, como consequência da pressão alta do IMC e da RCQ.

Os resultados do estudo poderão

subsidiar um planejamento de ações educativas que visem a conscientizar hipertensos e profissionais da saúde a adotar condutas inerentes à prevenção da HAS e dos demais fatores de risco cardiovasculares, bem como o seu controle, no sentido de prevenir as suas complicações, atuando como agentes multiplicadores das ações de promoção da saúde entre os familiares e a comunidade.

Por fim, é cabível acrescentar a necessidade da Secretaria da Saúde do Município em estudo, junto à equipe multiprofissional dos PSF, desenvolver práticas de educação preconizadas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com programas voltados para a prática de educação física e de mudanças relacionadas à alimentação, visto que PSF representa uma das alternativas de reorientação de modelo, de atenção à saúde, logo, a intervenção do professor de Educação Física e Nutricionista no PSF poderão desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, compatíveis com as metas dessa estratégia.

ADHERENCE TO TREATMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE CITY OF SOUSA – PB

ABSTRACT

Arterial hypertension is a public health problem, since it can be a decisive factor in the development of cardiac pathologies and cerebral damage. The present study looks into the therapy compliance of hypertensive patients in the city of Sousa – PB in order to discover if the patients that make use of basic health care adhere to the prescribed treatment and which factors are associated with non-compliance. The study was realized

at the Unidade de Saúde da Família, Jardim Sorrilândia IV located at the Rua João Malvino Filho, nº 50 in Sousa - PB. In this qualitative study the data was collected using an interview, which was structured by a questionnaire with objective, non-inducing questions. Afterwards, the results were summarized using graphics and tables. In this study 100 patients with hypertension of the referred health care unit participated. The results demonstrate that 66% of our patient population with hypertension is female, 20% is above the age of 70 years, 79% is married, and the income varies between 1 and 3 times the minimum wage. The study revealed that our patient population knows the risks of having hypertension, but does not know the risk factors that lead to a worsening of the disease. The patients adhere to the prescribed medication, but do not take their medication in an adequate way and they are strong candidates for cardiovascular disease according to IMC and RCQ.

Key-words: Arterial Hypertension, Therapy Compliance, Risk Factors

ARAÚJO, J. C. de; GUIMARÃES, A. C. Controle da Hipertensão Arterial em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, p. 368-374, 2007.

BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde: Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

GUIMARÃES, M. V; RIBAS, L. F. O. Avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento versus controle pressórico. *Rev Bras Med Fam e Com.* Rio de Janeiro, v. 1, p. 152-164, 2006.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campus do Jordão, São Paulo, BG Cultural, 2002.

MARCOPITO, L. F et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, p. 738-745, 2005.

MONTEIRO, P. C. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. Determinantes da Autopercepção de Saúde dos Idosos do Município de São Paulo, Belo Horizonte 1999/2000, MG UFMG/ Cedeplar 2004.

ANDERSON, M. I. P et al. Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Textos sobre Envelhecimento.* UNATI / UERJ. Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-44, 1998.

Artigo Original

PERSPECTIVAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR RELACIONADA AO CURSO DE ENFERMAGEM

John Allexander de Oliveira Freitas¹
José Jackson Garrido de Andadre²
Alysson Kennedy Pereira de Souza³
Gerlane Ângela da Costa Moreira⁴

RESUMO

Os primeiros profissionais da área de saúde foram pessoas que acreditavam que podiam curar as pessoas através de crenças e terapias utilizando água e ervas medicinais. Destarte, viu-se que esses profissionais precisavam de uma pessoa que o auxiliasse e ajudasse a cuidar do cliente. Esse ajudante, hoje profissional, recebeu o nome de enfermeiro, tornando-se indispensável na equipe multiprofissional. A partir desse contexto, surgiu a inspiração para desenvolver esta pesquisa com vistas a identificar o que os acadêmicos esperam do curso de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, realizada com 121 discentes que cursam o primeiro, o quarto e o sétimo períodos do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior. Para a coleta foi utilizado um questionário e respeitada a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução do COFEN 311/07. A partir da coleta de dados, pôde-se observar que 89,3% respondeu que a justificativa para a escolha do curso foi a convicção pessoal; 85,7% de alunos do 4º período, 70,8% do 7º período e 64,4% do 1º período consideraram a possibilidade de realização pessoal como a principal motivação para cursar Enfermagem; 46,7% do 1º período; 41,7% do 7º período e 35,7% do 4º período almejam uma formação profissional para o mercado de trabalho; 45,8% pretendem trabalhar logo após a conclusão do curso, sendo que 47,5% querem trabalhar em PSF e 33,3% pretendem fazer uma especialização. Portanto, foi possível perceber a preocupação dos discentes relacionada com a formação acadêmica e o futuro

INTRODUÇÃO

O tratamento ofertado ao enfermo depende do conceito de saúde/doença que se modificou com o passar do tempo. Nos primórdios, a descoberta das doenças era vista como um estado de enfermidade provocado pelos “maus espíritos” que atormentavam as pessoas.

Os primeiros profissionais da área da saúde foram pessoas que acreditavam que podiam curar as pessoas através de crenças e terapias, utilizando água e ervas medicinais. Destarte, viu-se que esse profissional precisava de uma pessoa que o auxiliasse e ajudasse a cuidar do cliente, junto à terapia medicamentosa. Esse ajudante, hoje profissional, recebeu o nome de enfermeiro, tornando-se indispensável na equipe multiprofissional.

O enfermeiro, na sociedade antiga, ganha o seu reconhecimento na Índia no século VI a.C. com a promoção da assistência inteligente aos desamparados, preparado com o desejo de crescer, o conhecimento na arte culinária e a preparação de medicamentos à

¹ Discente do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa-PB. Rua Radialista Antônio Assunção de Jesus, 370, apt 404, edifício Delrei, Bancários. Cep: 58052-790. johnallexander@hotmail.com. Tel.: 9132-8075.

² Discente do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa-PB.

³ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Prof. das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, João Pessoa – PB. E-mail: apks2001@gmail.com. Telefone: (83) 8896-7136.

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Prof^a das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB. E-mail: gerlanejc@hotmail.com. Telefone: (83) 9112-6797.

base de ervas medicinais.

Na Idade Média, a enfermidade era en-tendida como castigo divino, porém, acrédi-tava-se na existência de um Deus misericor-dioso. Sendo assim, os cristãos tinham medo e realizavam caridades, cuidando dos doentes. Com o édito de Milão, promulgado por Constantino, o cristianismo passou a ser a religião oficial do império. Essa prática tem um aumento pelo término das perse-guições aos cristãos, que conseqüentemente levou a um grande número de fiéis que se alistavam para as santas casas de saúde para ajudar aos doentes pobres.

A partir de 1890, foi criada a primeira escola oficial de preparação de enfermeiros em nosso país, correspondendo esse período ao início da Enfermagem profissional, profissão essa exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado acadêmico, com base em um ensino sistematizado, com currículo e metas definidos e estabelecidos por um normativo da autoridade oficial e que, ao término do curso, receberam um diploma documentando a titulação específica referente aos conhecimentos adquiridos sobre a profissão (OGUISSO, 2005).

Lima et al (1994) apresentaram três fases distintas da evolução da Enfermagem, sendo elas: a empírica ou primitiva, a evolução e a de aprimoramento. Segundo as referidas autoras, na fase empírica ou primitiva não havia profissionais, e a assistência aos doentes era prestada por leigos, que usavam os mais diversos meios de tratamento, mesmo sem recursos ou conhecimento.

Na fase denominada evolutiva, na escola de enfermagem do Hospital Saint Thomas no Reino Unido, fundado por Florence Nightingale, foram lançadas as bases de ensino com a preparação das primeiras enfermeiras dentro de um moderno sistema, a chamada enfermagem moderna. Na fase de aprimoramento, a enfermagem passa a considerar o indivíduo como centro de cuidados, com atendimento individualizado, visando a salientar a inter-relação dos aspectos biopsíquicospirituais da pessoa humana.

Porém, nos dias de hoje, alguns profis-sionais de enfermagem perderam o estímulo pela profissão. Uma reflexão

sobre a Enfermagem revela uma profissão bela, mas que infelizmente não está sendo merecidamente valorizada, visto os baixos salários e a exposição errônea da profissão observada na própria mídia, onde aparecem sempre casos de mulheres vestindo uniformes indecentes e insinuantes. Também se observa que a maioria dos enfermeiros visa a um vínculo empregatício e a estabilidade financeira, esquecendo que a função primordial da Enfermagem é cuidar das pessoas e não desvalorizar, assim, o que foi construído com muito esforço, pelas pessoas que levaram a profissão a sério, com compromisso, responsabilidade, muito amor, estudo e competência.

Diante dessa problemática, surgiu o interesse para desenvolver esta pesquisa que pretende demonstrar o que os discentes, que serão os futuros profissionais, esperam do curso de Enfermagem, e a partir deste estudo pretende-se construir referenciais teóricos que subsidiem outros trabalhos, bem como con-tribuir para o planejamento de encontros, debates e palestras para discussão dessa temática.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar as perspectivas dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior em relação ao curso de enfermagem.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os acadêmicos de enfermagem quanto aos aspectos socioeconômicos.
- Identificar os motivos dos acadê-micos para a escolha do curso de Enfermagem.
- Identificar a área de trabalho pretendida após o término do curso.

METODOLOGICA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo explora-tório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada no curso de Gra-duação em Enfermagem da FACENE, Insti-tuição de Ensino Superior localizada no bairro do Valentina Figueiredo, na cidade de João Pessoa – PB. A mesma foi escolhida pelo fato de que os pesquisadores são alunos da instituição e despertaram a curiosidade pelo assunto.

População e amostra

A população do estudo foi constituída por todos os alunos da instituição, que cursam a graduação em enfermagem. Entretanto, a amostra foi de 121 discentes, sendo 45 do primeiro, 28 do quarto e 48 do sétimo período de formação do curso.

Instrumento para a coleta de dados

Para viabilizar a coleta de dados foi utilizado um questionário que é definido, de acordo com Gil (1999), como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões, apresentadas por pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, sentimentos, interesses e situações vivenciadas.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2008. O questionário foi elaborado de acordo com a proposta da pesquisa, e logo após sua construção foi distribuído entre os discentes e foram dadas orientações referentes ao sigilo do nome dos participantes e a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, e posteriormente foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o preenchimento do questionário.

Aspectos éticos da pesquisa

Para o 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), e pela Resolução COFEN, nº311, que disciplina o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta de dados foram analisados 120 (100%) questionários preenchidos por discentes do curso de graduação em Enfermagem, sendo que 47

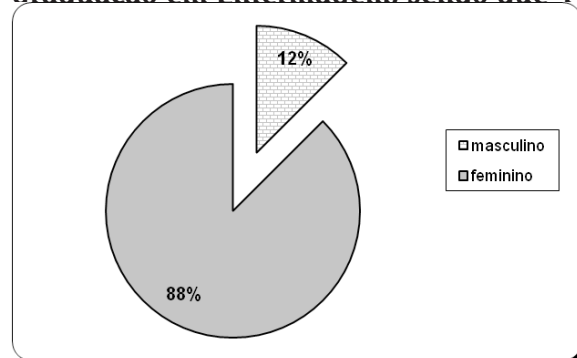
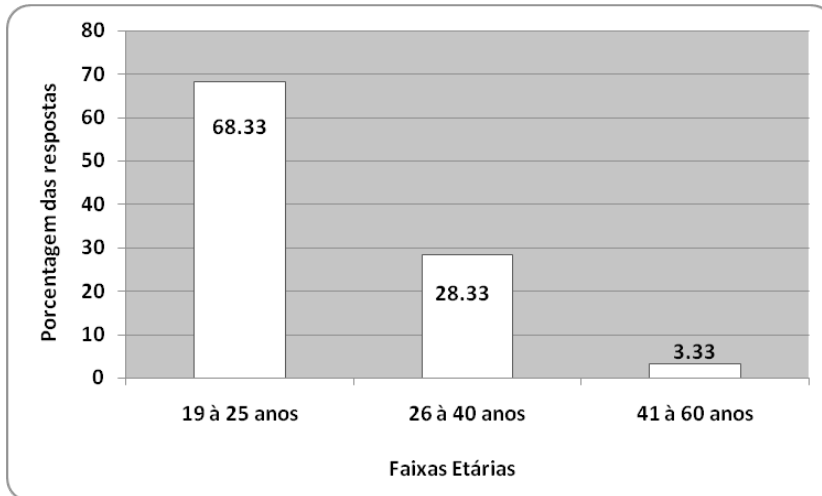


Gráfico 01: Distribuição da amostra estratificada por gênero. FACENE / João Pessoa, 2008.

Segundo Afonso (2008), a idéia de que a mulher era submissa ao homem e tinha como principal função na sociedade procriar, cuidar da casa e dos filhos é coisa do passado. Hoje as mulheres se preocupam primeiramente com o sucesso profissional, de modo que vêm valorizando a sua maior abertura no mercado de trabalho e provando que se encontram preparadas para atuar em todas as áreas profissionais e até supera o homem em algumas áreas, como é o caso da Enfermagem.

Sina (2008) corrobora o ponto de vista do autor acima ao mencionar que, desde várias décadas, a mulher vem tendo uma trajetória quase silenciosa rumo à mudança do seu modo de agir e pensar.

O mundo está em verdadeira mudança e não é mais aceitável desconsiderar fatos que alterem sensivelmente o caminho



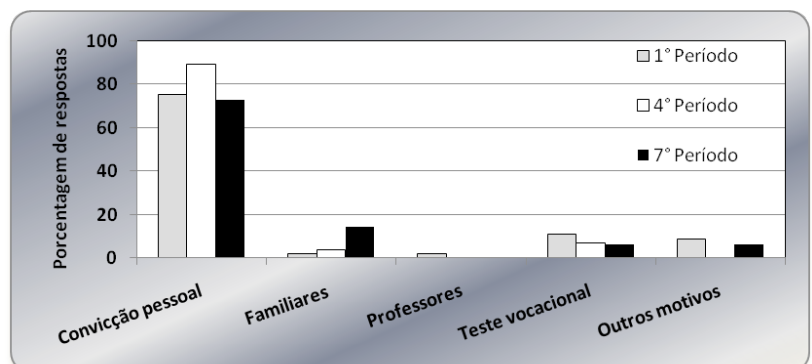
Outro dado importante é que 96 (80%) dos participantes eram solteiros e 24 (20%) casados. Portanto, pode-se perceber a predominância do gênero

da sociedade. Uma importante alteração tem ocorrido no campo de trabalho da mulher brasileira. A ascensão da mulher e a evolução dos seus papéis na sociedade merecem especial atenção. Os últimos dados disponíveis, apontam que a força de trabalho da mulher passou de 3 milhões para 23 milhões de pessoas, aumentando sua participação na população ativa do país de 19% para 35,5%.

feminino e solteiro, reafirmando que as mulheres vêm buscando independência financeira e espaço no mercado de trabalho.

Para Afonso (2008), esse fato vem ocorrendo devido às mulheres não se apegarem mais à idéia de casamento,

Gráfico 02: Distribuição da amostra estratificada por faixa etária. FACENE/João Pessoa, 2008.



Da amostra pesquisada, 82 participantes possuíam entre 19 e 25 anos, 34 entre 26 e 40 anos e 04 entre 41 e 60

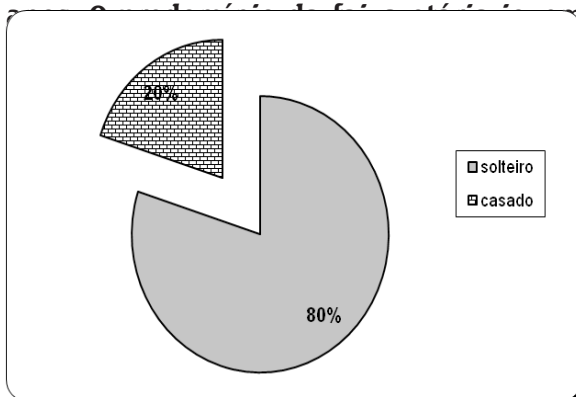


Gráfico 03: Distribuição da amostra estratificada por estado civil. FACENE/João Pessoa, 2008.

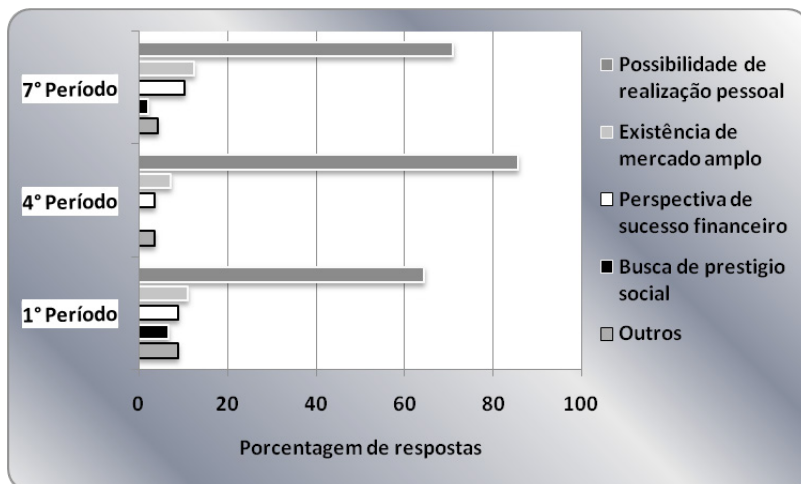
não planejam mais vida a dois, preocupando-se primeiramente com o sucesso profissional e a independência financeira. A mulher tem percebido e se conscientizado do valor do seu papel na sociedade e tem buscado um equilíbrio no desempenho desses papéis. Esse novo pensamento e a ação da mulher têm causado impacto no formato da família, das estruturas de apoio domésticas e, principalmente, na sociedade (SINA, 2008).

Gráfico 04: Distribuição da amostra referente à escolha do curso na Faculdade de Enfermagem. FACENE / João Pessoa, 2008.

No questionamento referente à escolha pelo curso de Enfermagem, 89,3%

dos alunos do 4º período, 75,6% do 1º período e 72,9% do 7º período responderam que optaram pelo curso por convicção pessoal (vontade própria). Quanto à influência da família, 14,6% os alunos do 7º período tiveram influência dos pais, seguidos de 3,6% dos alunos do 4º período e de 2,2% do 1º período. Quanto à influência de professores, 7,1% dos alunos do 4º período tiveram influência de docentes; acompanhados dos 6,3% do 7º período e de 2,2% do 1º período. Em relação ao teste vocacional, 11,1% dos alunos do 1º período, 6,3% do 7º período e 0% do 4º período tiveram orientação vocacional. Referentes a outros motivos, como familiares doentes e transferência para outro curso, apenas 8,9% dos alunos do 1º período referiram tal fato.

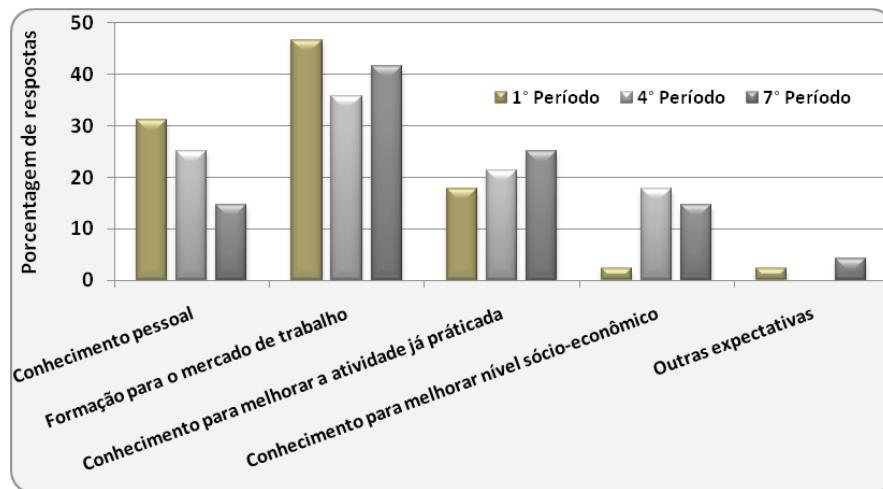
Freitas (2000) refere que a escolha da profissão de enfermagem é vista pelos discentes dessa área como difícil, repleta de ansiedades e conflitos devido à falta de conhecimento das famílias e da sociedade em geral sobre a profissão.



Oguisso (1999) relatou que pesquisa realizada no ano de 1998 revelou que os estudantes que tinham optado pela carreira de Enfermagem por acaso ou como opção principal, eram alunos provenientes de famílias inseridas em um contexto onde os valores, tais como

status social e ganhos consideráveis, eram muitas vezes determinantes na escolha da carreira ou profissão. Porém, nem sempre os jovens escolhem a carreira apenas baseados nesses valores, mas pela vontade de “ajudar as pessoas” ou por um ideal. Gráfico 05: Distribuição da amostra referente ao seguinte questionamento: O que motivou você a cursar Enfermagem? FACENE/João Pessoa, 2008.

Em relação ao motivo que os levou a escolher a profissão de Enfermagem, a realização pessoal foi apontada por 85,7% dos alunos do 4º período; 70,8% do 7º



período e 64,4% do 1º período; 12,5% dos alunos do 7º período; 11,1% do 1º período e 7,1% do 4º período relataram amplo mercado de trabalho; 10,4% dos alunos 7º período, 8,9% do 1º período, 3,6% do 4º período referiram o sucesso financeiro; 6,7% dos alunos do 1º período e 2,1% dos alunos do 7º período referiram o prestígio social que a profissão proporciona. Enquanto que 8,9% do 1º período, 4,2% do 7º período e 3,6% do 4º período referiram outras razões, como: a possibilidade de transferência para outro curso.

Gráfico 06: Distribuição da amostra referente ao seguinte questionamento: Qual a sua expectativa sobre o curso? FACENE/João Pessoa, 2008.

Segundo Spindolat (1999); Angelo (1995), os principais motivos para cursar Enfermagem era o desejo de seguir uma profissão da saúde ou a garantia de um

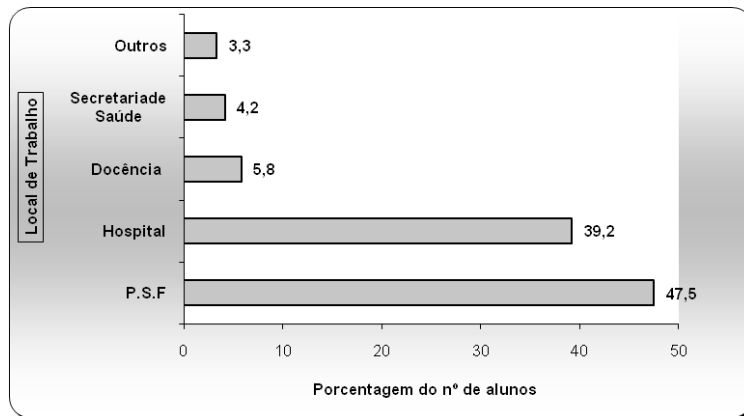
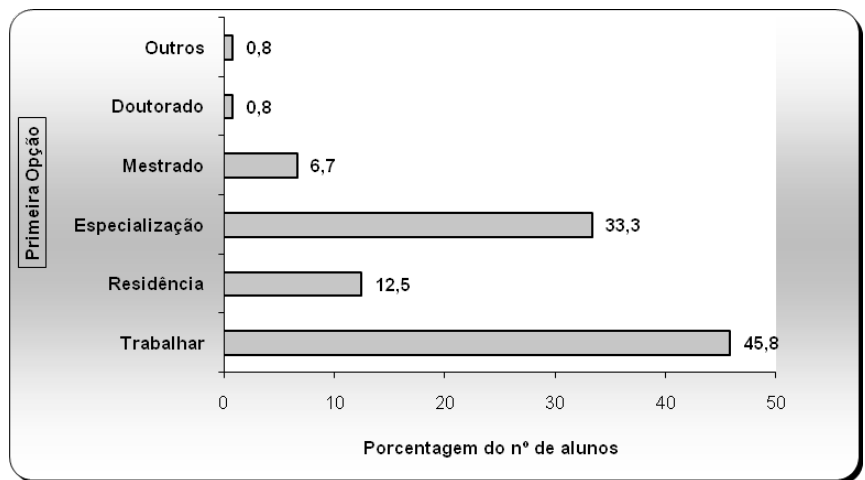
“fértil mercado de trabalho”, pois muitos estão incertos sobre a carreira a se-guir, no momento de fazer a opção. Portanto, as respostas acima corroboram tal constatação.

Quanto às expectativas dos discentes sobre o curso, 31,1% do 1º período, 25% do 4º período e 14,6% do 7º período responderam que esperam adquirir conhecimento para ampliar sua visão de mundo; 46,7% do 1º período, 41,7% do 7º período e 35,7% do 4º período almejam uma formação profissional para o mercado de trabalho; 25% do 7º período, 21,4% do 4º período e 17,8% do 1º período anseiam aquisição de conhecimento para atividade prática que já estão desempenhando; 17,9% do 4º período, 14,9% do 7º período e 2,2% do 1º período esperam adquirir conhecimentos para melhorar as condições socio-econômicas; 4,2% do 7º período, 2,2% do 1º período, como: aquisição de saberes para ajudar as pessoas que necessitam. Pode-se observar que a maioria dos participantes

querem trabalhar em PSF, 47 em hospital, 07 em escola (na docência), 05 em secretaria de saúde e 04 apontam outros setores.

Gráfico 07: Distribuição da amostra referente ao seguinte questionamento: Em que setor/área você pretende trabalhar após concluir o curso? FACENE/oão Pessoa, 2008.

De acordo com Bouéri (2008), a formação do enfermeiro, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem é



generalista, humanista, crítica e reflexiva. O enfermeiro é um profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos. Esse profissional possui a capacidade de conhecer e intervir sobre os problemas e as situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando

busca aquisição de mais conhecimento, isso ocorre devido ao crescimento da diversificação do mercado de trabalho para os enfermeiros. Essa ampliação dos campos de atuação deve-se ao reconhecimento do profissional enfermeiro e ao seu preparo para atuar em todos os níveis de assistência à saúde, nas mais diversas áreas (BOUÉRI, 2008).

No questionamento relacionado ao setor/área em que pretendem trabalhar após concluir o curso, 57 participantes

as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes, além de estar capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Com isso, podem-se justificar as várias respostas dos discentes quanto ao seu futuro profissional, visto que a formação do enfermeiro busca prepará-lo para atuar em todas as áreas de atenção à saúde.

Gráfico 08: Distribuição da amostra referente ao seguinte questionamento: Após concluir o

curso, o que você pretende fazer em primeiro plano? FACENE/João Pessoa, 2008.

Vale salientar que 45,8% dos discentes querem trabalhar logo que concluírem o curso, 33,3% querem fazer uma especialização, 12,5% querem fazer residência, 6,7% mestrado, 0,8% pretendem fazer doutorado e 0,8% não sabe ainda o que fazer. Portanto, 53,3% pretendem buscar uma qualificação profissional após conclusão do curso.

Manfredí (1998) afirma que a qualificação profissional visa a garantir uma maior adequação entre as demandas dos sistemas ocupacionais e do sistema educacional. De acordo com o autor referido, a educação e o progresso do conhecimento são ingredientes fundamentais para a formação do chamado recursos humanos, isto é, a solução para a escassez de pessoas

possuidoras de habilidades-chave para atuarem nos setores em processo de modernização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As perspectivas dos acadêmicos da Instituição de Ensino Superior pesquisada relacionadas ao curso de Enfermagem identificadas foram a convicção pessoal (89,3%) como justificativa para escolha do curso. Destarte 85,7% dos alunos do 4º período, 70,8% do 7º período e 64,4% do 1º período consideraram a possibilidade de realização pessoal como a principal motivação para cursar Enfermagem; 46,7% do 1º período, 41,7% do 7º período e 35,7% do 4º período almejam uma formação profissional para o mercado de trabalho; (45,8%) pretendem trabalhar logo após conclusão do curso,

THE ACADEMICS' OF NURSING OF A RIGHTER EDUCATION INSTITUTION RELATED TO THE NURSING COURSE PERSPECTIVES

ABSTRACT

In the current days, we can perceive that some nursing professionals had been losing the brightness for the profession. If we make a reflection about the profession, we will be able to observe that the majority wants employment and financial stability, forgetting that the nursing primordial function is to take care of an individual being. Beyond this problematic fact, we had the inspiration to develop this research that aims to know what academic students wait from the nursing course. It is a research about the exploratory and descriptive type with quantitative and qualitative approach boarding with 120 learners who attended the course at the first, fourth and seventh periods of Nursing in an Institution of Higher Education. To collect a questionnaire was used and the Resolution 196/96 of the National Board of Health and Resolution from COFEN 311/07 was observed, too. From the collection of data it could be observed that (89.3%) answered that the justification for the choice of the course was from personal conviction; (85.7% from the 4th period, 70.8% from the 7th period and 64.4% from the 1st period) they had considered the possibility of personal accomplishment as the main motivation to attend the Nursing Course; (46.7% from the 1st period; 41.7% from the 7th period and 35.7% from the 4th period) aim to a professional formation for the work market; 45.8% intend to work as soon as they finish the course. 47.5% want to work in PSF and 33.3% intend to make a post-graduate course. Therefore, it was possible to perceive the concern of the learners related to the academic formation and their professional future, since the majority chose

sendo que 47,5% querem trabalhar em PSF e 33,3% pretendem fazer uma especialização.

Assim, pode-se perceber a preocupação dos discentes relacionada à formação acadêmica e ao futuro profissional, visto que a maioria optou pela Enfermagem como forma de realização de um sonho. Sonho esse que objetiva o bem-estar dos indivíduos a partir do atendimento de suas necessidades. Também vale ressaltar o interesse em atuar em diversas áreas de atenção à saúde preconizada pelo sistema de saúde vigente em nosso país.

Os resultados mostram que a formação superior exerce um papel fundamental na solidificação e lapidação de cada discente para que possa realizar com competência e habilidade à assistência de enfermagem, tornando-se um agente crítico-reflexivo das práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. Depois de lutar pela igualdade entre os sexos, as mulheres ainda reclamam que não se fazem mais homens como antigamente. Disponível em : <<http://www.revelacaoonline.uniube.br/geral03/machismo.html>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

ANGELO, M. A opção pela enfermagem. Revista da Escola Enfermagem USP, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 3-7, 1995.

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

BOUÉRI, A. T. et al. Perspectivas dos acadêmicos de enfermagem em relação ao mercado de trabalho. Disponível em: <<http://www.sobragen.org.br/publi/Artigo%20Perspectivas.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2008.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.º 311, de 08 de maio de 2007. Dispõe sobre Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Portal COFEN, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em 15 nov. 2007.

FREITAS, K.S.S. O cuidado no processo de ser e viver de educandos de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFSC - Florianópolis (SC)FURG/UFPEL/URCAMP, 2000.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LIMA, G. et al. Manual do técnico e dos auxiliares de enfermagem. Goiânia: AB, 1994.

MANFREDI, S. M Trabalho, qualificação e competência profissional das dimensões conceituais e políticas. Educ. Soc. v. 19, n. 64, Campinas, 1998.

Artigo Original

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS SUBJETIVOS ASSOCIADOS À EXPOSIÇÃO ELETROMAGNÉTICA DOS TELEFONES CELULARES EM CORRETORES DE IMÓVEIS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB

Solidônio Arruda Sobreira¹
Thaise de Abreu Brasileiro²
Danielle Fernanda Mota Lira³
Patrícia de Melo Santos³

RESUMO

Vários trabalhos têm descrito o aparecimento de sintomas associados à radiofrequência emitida pelos telefones celulares. O objetivo do presente estudo foi avaliar a frequência de sintomas produzidos pelo celular em corretores de imóveis da cidade de João Pessoa. A amostra foi constituída de 53 voluntários, os quais foram antecipadamente convidados à livre participação na pesquisa. Todos os dados foram obtidos através de entrevista e questionários padronizados. Antecedentes de sintomatologia positiva prevaleceram na amostra (72%). Houve uma distribuição estatisticamente desigual de sintomas ($p < 0,001$), com predomínio da sensação de queimação auricular e periauricular (27,3%). Os outros sintomas mais frequentemente referidos foram: cefaleia (12,1%), tensão nervosa (12,1%) e zumbidos (10,6%). Contudo, as variáveis independentes selecionadas (duração das conexões, tempo de subscrição na telefonia celular e número de conexões/ dia) foram incapazes

1 INTRODUÇÃO

Os telefones celulares emitem ondas de radiofrequência na faixa das microondas, aproximadamente entre 800 e 2000MHz. (JOHANSEN; BOICE; McLAUGHLIN, 2001; FDA, 2003). Diferentemente da radiação X, os fótons da radiofrequência não têm energia suficiente para ejetar elétrons do meio material e das biomoléculas. Por essa razão, a radiação emitida pelos celulares é do tipo não ionizante (FRUMKIN et al., 2001).

Os primeiros sistemas de telefonia móvel eram analógicos, e operavam numa frequência entre 450-900 MHz. Esses sistemas vêm sendo substituídos pelos aparelhos digitais, que emitem ondas moduladas numa frequência mais elevada (1800-1900 MHz), porém com menor potência de saída em relação aos modelos analógicos (AHLBOM et al., 2004). Dados publicados pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) revelam que a tecnologia GSM (Global System for Mobile Communications) já é majoritária no Brasil. Os sistemas CDMA (Code Division Multiple Access), TDMA (Time Division Multiple Access) e FDMA (Frequency Division Multiple Access) respondem por apenas 9,7%, 1,3% e

¹ Farmacêutico Bioquímico (UFPB). Especialista em Hematologia e Hemoterapia (UFC). Mestre em Genética (UFPB). Professor de Biofísica das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE). Endereço para contato: Av. Nossa Senhora de Fátima, 1932, Torre, João Pessoa-PB. E-mail: profsolí@ig.com.br.

² Estudante do 7º Período do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Rua Valdemir Braga, 119, Bessa, João Pessoa-PB. E-mail: thaiseabreu@hotmail.com.

No sistema FDMA, o espectro disponível da radiofrequência é subdividido, e cada usuário aloca uma subfaixa. O TDMA caracteriza-se pela divisão do espectro em intervalos de tempo (slots). Cada usuário pode transmitir ou receber sinais durante certo tempo, que é disponibilizado periodicamente a cada "frame". No sistema CDMA, todos os usuários transmitem ao mesmo tempo e na mesma faixa de frequência. Contudo, é atribuído um código aleatório e exclusivo a cada usuário.

O sistema GSM é híbrido, pois combina as tecnologias TDMA e FDMA. A inserção do usuário na rede depende de um módulo de identificação conhecido como cartão SIM (Subscriber Identification Module), que fica conectado ao terminal móvel do usuário (GUIMARÃES, 1998).

No Brasil, a regulamentação sobre os limites de segurança da radiofrequência é atribuição da ANATEL, que segue os parâmetros adotados pela International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRP). Para estações radiobase, o limite máximo de densidade de potência é de 0,4mW/cm² na faixa de 800-900MHz; e de 0,9mW/cm² na faixa de 1800-2000MHz (TAVARES, 2001).

Vários efeitos deletérios têm sido atribuídos à radiofrequência dos celulares, notadamente os efeitos térmicos relacionados ao aumento da temperatura (VAN LEEUWEN et al., 1999) e sensação de queimação (HOCKING, 1998; CHIA, 2000; SANDSTRÖM et al., 2001; SANTINI et al., 2001).

Além dos efeitos térmicos, alguns trabalhos pontuais sugerem que a radiofrequência dos celulares é capaz de alterar o padrão de ondas do eletroencefalograma (CURCIO et al., 2005); deprimir o desempenho cognitivo (KOIVISTO et al., 2000); produzir rupturas de cadeia no DNA (LAI, 1995; 1996); induzir o desenvolvimento de linfomas (REPACHOLI et al., 1997); melanomas (STANG, 2001) e neurinomas do acústico (HARDELL; MILD; CARLBERG, 2003).

A despeito destes resultados, as evidências epidemiológicas revelam que os telefones celulares não estão estatisticamente associados a um aumento na incidência de tumores (FDA, 2006). Essa constatação é amplamente compartilhada

por estudos epidemiológicos bem planejados (JOHANSEN et al., 2001; INSKIP et al., 2001; LÖNN et al., 2005; HEPWORTH et al., 2006), e revisões sobre os efeitos da radiofrequência emitida pelos celulares (FRUMKIN et al., 2001; TAVARES, 2001; AHLBOM, 2004; BALBANI, 2008).

Embora o potencial carcinogênico da radiofrequência permaneça controverso, vários sintomas de desconforto têm sido referidos pelos usuários, notadamente a sensação de queimação e dor surda nos lobos temporal e occipital (HOCKING, 1998). Outros sintomas não térmicos descritos por diferentes autores incluem: distúrbios do sono (SANTINI et al., 2001; AL-KHLAIWI, 2004), tensão nervosa (AL-KHLAIWI, 2004), fadiga, sonolência ou cansaço (CHIA, 2000; AL-KHLAIWI, 2004), zumbidos (CHIA, 2000; AL-KHLAIWI, 2004), cefaléia (CHIA, 2000; AL-KHLAIWI, 2004) e dificuldade de concentração (CHIA, 2000; SANTINI, 2001).

O objetivo do presente trabalho foi investigar a frequência de sintomas nas exposições ocupacionais à radiofrequência dos celulares. Também foi avaliado o impacto de algumas variáveis independentes selecionadas sobre o aparecimento de sintomas, testando-se a hipótese de que estas variáveis podem elevar a frequência de sintomas na amostra investigada.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A população foi constituída por corretores de imóveis que atuam na cidade de João Pessoa e inscritos no Conselho Regional de Corretores de Imóveis da Paraíba (CRESCI-PB/21ª Região). Desta população, foi selecionada uma amostra aleatória de 53 corretores distribuídos em diversos serviços imobiliários da área metropolitana. Todos os voluntários selecionados eram usuários da telefonia móvel celular durante as atividades laborais.

A metodologia empregada foi antecipadamente submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança. O Comitê emitiu parecer favorável em reunião extraordinária realizada em 31 de agosto de 2007. Nesta oportunidade, ficou atestada a adequação do projeto à Resolução 196/96 CNS/MS,

que trata das diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os voluntários foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos e livre inclusão na amostra. Após a anuência do voluntário, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado um questionário padronizado com perguntas objetivas pré-formuladas. O questionário apresentou questões de múltipla escolha sobre as características físicas da exposição e eventual sintomatologia associada. O questionário padronizado foi preenchido pelo próprio pesquisador através de entrevista, a qual foi realizada no ambiente privativo de trabalho do voluntário participante.

A entrevista foi separada em duas etapas sequenciais, designadas como fase-1 e fase-2. Na fase-1, o pesquisador arguiu o voluntário sobre algum sintoma de desconforto ocorrido durante ou logo após a conexão do celular. Portanto, o voluntário permaneceu livre para declarar qualquer sintoma anteriormente experimentado. A fase-2 da entrevista foi rigorosamente iniciada após a fase-1. Na fase-2, o pesquisador perguntou ao voluntário se o mesmo já experimentou alguns dos sintomas previamente listados no questionário padronizado. Foram tabulados apenas os sintomas transitórios iniciados concomitantemente ou imediatamente após a conexão. Os sintomas cuja manifestação ocorreu fora deste período não foram considerados na história de antecedentes.

A pesquisa foi de natureza exploratória e prospectiva. Para tanto, utilizou-se uma abordagem predominantemente quantitativa na determinação das frequências e cálculo de inferências estatísticas.

Todos os dados obtidos foram convertidos em planilhas do programa SPSS (versão 15.0), onde foram executados os testes de hipóteses e significância e a estatística descritiva. O Qui-quadrado (χ^2)

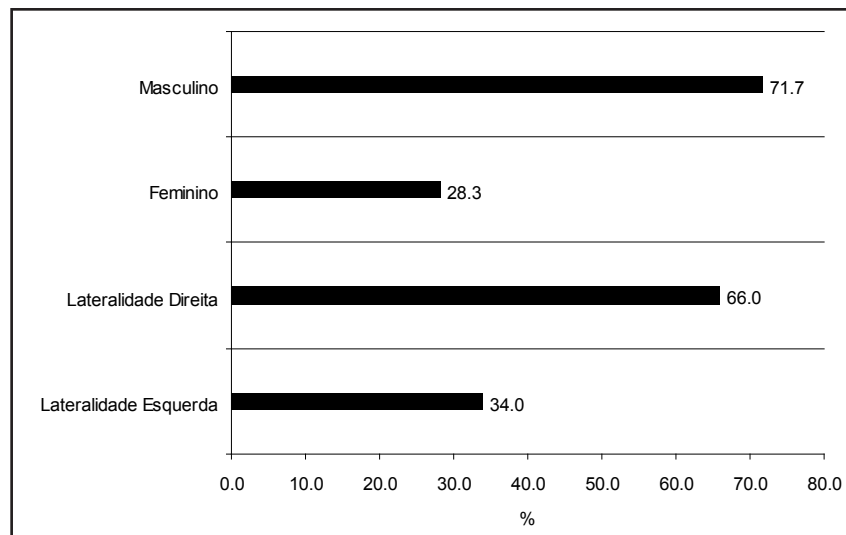


Figura-1: Distribuição dos Corretores de Imóveis da Cidade de João Pessoa (2008) Segundo o Sexo e a Lateralidade do Uso do Celular (Direita ou

foi empregado para estimar se as frequências observadas diferiram significativamente daquelas esperadas, admitindo-se como hipótese de nulidade a homogeneidade da amostra dentro dos níveis considerados (BEIGUELMAN, 1998). Adicionalmente, foi utilizado o teste de regressão logística para inferir a chance (od ratio) de aparecimento de sintomas decorrentes da exposição. Foram consideradas significantes, as inferências estatísticas com probabilidade $p < 0,05$.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os corretores convidados manifestaram livre anuência em submeter-se à entrevista. Como resultado, a amostra selecionada produziu um total de 53 questionários válidos. A Figura-1 mostra que os usuários do sexo masculino foram majoritários, representado 71,7% dos casos. Também foi observada uma lateralidade direita estatisticamente significativa quanto ao uso do celular ($\chi^2 = 5,5$; $p < 0,05$).

As operadoras que atuam na área 10 da região 1, onde se localiza o estado da Paraíba, trabalham com os sistemas digitais GSM, TDMA ou CDMA (ANATEL, 2008b). Na amostra estudada, o sistema específico utilizado pelo voluntário não foi objeto de investigação. Mesmo assim, pode-se inferir que todos os voluntários utilizaram

Tabela-1: Medidas de Tendência Central e Dispersão de Variáveis Quantitativas Seleccionadas, Caracterizando o Perfil Epidemiológico da Amostra e Aspectos Físicos da Exposição Eletromagnética aos Telefones Celulares em Corretores de Imóveis (João Pessoa, 2008).

Variável Seleccionada	Medidas de Tendência Central e Dispersão				
	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Faixa Etária (anos) ¹	39,9	30,0	10,7	20,0	67,0
Renda Familiar (salário mínimo) ²	6,5	6,5	3,3	1,0	15,0
Nº de Conexões/dia	31,2	20,0	18,0	5,0	100,0
Duração da maioria das conexões (minutos) ²	4,2	2,5	3,9	2,5	22,5
Tempo de Subscrição na Telefonia Celular (anos)	9,0	10,0	4,4	2,0	20,0

1 A faixa etária apresentou distribuição multimodal. A moda apresentada é a de menor valor.
 2 As medidas de tendência central e dispersão da variável em questão foram determinadas através de intervalos de classe previamente definidos no questionário padronizado. Nessa condição, a variável assume o valor representado pelo centro intervalar da classe em que está localizada.

invariavelmente sistemas digitais, uma vez que estes sistemas são os únicos disponíveis na área 10. Dados recentes da ANATEL (2008a) também revelam que o sistema GSM corresponde a quase 90% dos acessos. A Tabela-1 apresenta medidas de tendência central e dispersão de variáveis quantitativas seleccionadas, caracterizando o perfil epidemiológico da amostra e alguns aspectos físicos da exposição eletromagnética.

Nota-se que a média de conexões/ dia foi relativamente elevada, porém com muita dispersão em torno da média (31,2±18), sendo compatível com o uso ocupacional do celular. Antecedentes positivos de sintomas foram referidos por 72% dos voluntários nas fases 1 e 2 da entrevista. Com efeito, a história de sintomatologia positiva foi

significativamente superior à história negativa ($\chi^2=10,0$; $p<0,01$).

A Figura-2 apresenta as freqüências relativas dos diferentes sintomas referidos nas fases 1 e 2. Nota-se que há um total de 15 sin-tomas diferentes, a maioria já descrita na lite-ratura. O sintoma descrito como “desconforto no ouvido” foi atribuído às sensações ines-pecíficas de desconforto, cuja definição era de difícil descrição e não se enquadrava em nenhum dos demais sintomas listados. Observa-se um percentual relativamente elevado de queimação auricular e peri-auricular em relação aos demais sintomas (27,3%).

De fato, houve uma distribuição esta-tisticamente desigual de sintomas ($\chi^2=64,9$; $p<0,001$), com predomínio nítido do sintoma de queimação. Este achado é perfeitamente compatível com o trabalho de Van Leeuwen et al. (1999), cujos resultados demonstraram que os tecidos absorvem as microondas da radio-freqüência, provocando um aumento da tempe-ratura. Ademais, vários autores descrevem a queimação como um dos sintomas mais pre-valentes (HOCKING, 1998; CHIA, 2000; SANDSTRÖM, 2001). Igualmente freqüentes, foram os relatos de cefaléia e tensão nervosa (12,1%).

A cefaléia está entre os sintomas mais frequentemente associados à radiofreqüência dos celulares. Chia (2000) encontrou uma incidência de cefaléia em 60% de seus entrevistados de Singapura enquanto a incidência de cefaléia entre usuários de telefonia celular em Iowa,

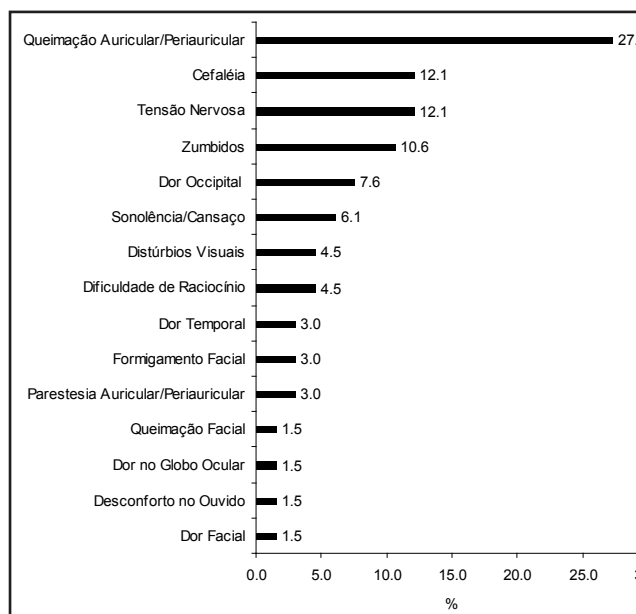


Figura 2. Distribuição dos Corretores de Imóveis de João Pessoa (2008) segundo os sintomas de Síndrome Eletromagnética referidos durante a entrevista. Nota-se a prevalência de queimação auricular e peri-auricular (27,3%) e de cefaléia e tensão nervosa (12,1%).

Tabela-2: Distribuição dos Corretores de Imóveis da Cidade de João Pessoa (2008) Segundo os Sintomas Referidos nas Fases 1 e 2 da Entrevista e Iniciados Durante ou Imediatamente Após a Conexão do Telefone Celular.

Sintomas ¹	Fases da Entrevista					
	Total		Fase 1		Fase 2	
	n	%	n	%	n	%
Queimação Auricular/ Periauricular	2	11,1	16	88,9	18	100
Cefaléia	1	12,5	7	87,5	8	100
Zumbidos	1	14,3	6	85,7	7	100
Dor Occipital	1	20	4	80	5	100
Sonolência/ Cansaço	1	25	3	75	4	100
Queimação Facial	1	100	0	0	1	100
Parestesia Auricular/ Periauricular ²	1	100	–	–	1	100
Dor no Globo Ocular ²	1	100	–	–	1	100
Desconforto Inespecífico no Ouvido ²	1	100	–	–	1	100
Dor Facial ²	1	100	–	–	1	100

1 Excetuando as classes de sintomas listados, todas as demais classes foram referidas apenas na fase-2 da entrevista.

2004). Nestas populações, as frequências diferentes de cefaléia prova-velmente resultam das características próprias de cada amostra e das diferentes abordagens metodológicas.

Outros sintomas descritos por Chia (2000); Al-Khlaiwi (2004) foram também referidos pelos usuários estudados, a exemplo dos zumbidos, dificuldade de concentração, perda de memória, cansaço, distúrbios visuais, queimação e formigamento facial. A Tabela-2 apresenta as frequências dos sintomas referidos na fase-1, comparando-se estas frequências

àquelas encontradas na fase-2.

Observar que prevaleceram majoritariamente os sintomas referidos na fase-2. Durante a fase-1, a probabilidade de o pesquisador ter sugerido o voluntário é menor, uma vez que nenhum sintoma foi antecipadamente mencionado. Assim, estes sintomas são mais representativos do que aqueles referidos durante a fase-2. Pode-se arguir que alguns dos sintomas referidos na fase-2 resultaram de uma eventual sugestão por parte do pesquisador. Além disso, perdas de exatidão também podem ser causadas pelo relato de sintomas cuja etiologia não decorre da exposição eletromagnética.

Procurou-se minimizar esta incorreção considerando-se apenas os sintomas de caráter transitório, e cuja manifestação ocorria durante ou logo após a conexão. Este critério baseou-se no fato de que os sintomas produzidos pelo celular são geralmente passageiros, iniciados na conexão, e a maioria desaparece dentro de minutos após o fim da chamada (HOCKING, 1998).

A despeito das limitações, deve-se acentuar que a identificação de sintomas somente pode ser investigada através da menção do próprio sujeito. Isso porque

o sintoma é uma experiência intrínseca, definida como produto da percepção interna do indivíduo avaliado (LANA, 2004). Por esta razão, os estudos sobre a sintomatologia do celular estão normalmente baseados em entrevistas e uso de questionários padronizados (HOCKING, 1998; CHIA, 2000; SANDSTRÖM, 2001; AL-KHLAIWI, 2004).

Os sintomas mais comumente observados apresentaram uma frequência menor que aquela apresentada por outros trabalhos do mesmo gênero. Isso sugere que as frequências observadas não foram superestimadas por sugestão do

pesquisador sobre o voluntário. Ademais, três dos sintomas mais freqüentemente encontrados na fase-2 também foram referidos na fase-1: queimação auricular/periauricular, cefaléia e zumbidos.

Estes dados são concordantes com os resultados de Hocking (1998). Segundo o mesmo autor, a região auricular e as áreas temporal e occipital são os locais mais afetados pela sintomatologia. Houve uma concordância de 100% entre a lateralidade do sintoma e a lateralidade do uso do celular. Este achado sustenta a hipótese de que os sintomas que admitiam lateralidade

Tabela-3: Razão de Chance (Od Ratio) Para o Aparecimento de Sintomas Gerais e Queimação Auricular/Periauricular em Corretores de Imóveis da Cidade de João Pessoa (2008) Expostos à Radiofrequência dos Telefones Celulares.

Variáveis Físicas e Epidemiológicas Independentes (95%)	Razão de Chance	(p)	Limites Intervalares de Confiança	
			Inferior	Superior
Sintomas Gerais				
Duração da maioria das conexões	0,974	0,72	0,84	1,13
Nº de Conexões/dia	1,002	0,90	0,97	1,04
Tempo de Subscrição na Telefonía Celular	1,053	0,47	0,91	1,21
Faixa Etária	0,983	0,55	0,93	1,04
Renda Familiar	1,055	0,58	0,87	1,27
Queimação Auricular e Periauricular				
Duração da maioria das conexões	1,024	0,74	0,88	1,17
Nº de Conexões/dia	0,989	0,50	0,95	1,02
Tempo de Subscrição na Telefonía Celular	1,064	0,36	0,93	1,20
Faixa Etária	0,982	0,52	0,93	1,04

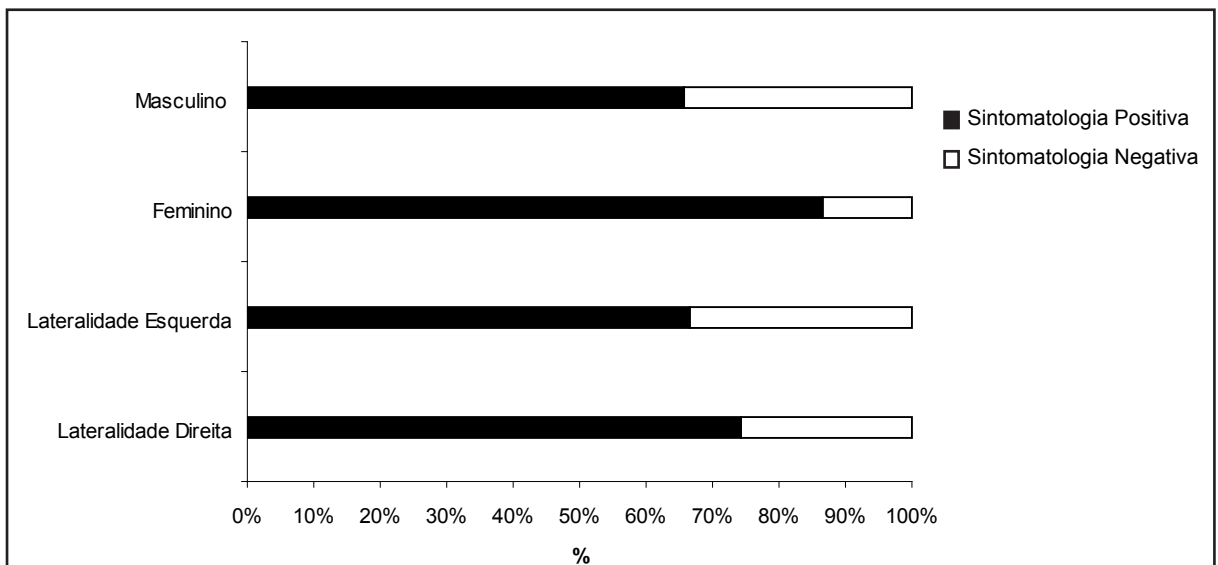


Figura-3: Distribuição dos Corretores de Imóveis da Cidade de João Pessoa (2008) Segundo o Sexo (Masculino e Feminino), Lateralidade do Uso do Celular (Esquerda e Direita) e os Antecedentes de Sintomas (Positivo e Negativo).

foram provavelmente causados pela radiofrequência.

Procurou-se avaliar o impacto de algumas variáveis físicas e epidemiológicas independentes sobre o aparecimento de sintomas. Para tanto, testou-se a hipótese de que alguns fatores (longas conexões, tempo de subscrição na telefonia celular, faixa etária, etc.) poderiam ter influência sobre o risco de sintomas. O impacto destas variáveis independentes sobre a sintomatologia geral está descrito na Tabela-3.

Observar que nenhum dos prováveis fatores aumentou a probabilidade de aparecimento de sintomas gerais, uma vez que a razão de chance (od) foi aproximadamente igual a um (1) em todas as variáveis testadas. Isso pode ser confirmado pelos intervalos de confiança com 95% de probabilidade, pois os limites intervalares oscilaram invariavelmente em torno da unidade. Considerando que

a “queimação auricular e periauricular” foi o sintoma mais frequentemente referido, também foi determinada a chance das mesmas variáveis independentes produzirem a sensação de queimação.

Novamente, verificou-se que nenhum dos fatores listados aumentou a chance de queimação ($od \cong 1$), permanecendo os limites intervalares de confiança próximos a um (TABELA-3). Estes resultados diferem daqueles apresentados por Sandström (2001). Neste estudo, a frequência de queimação aumentou diretamente com número de conexões/ dia e a duração das chamadas.

A Figura-3 mostra que os sintomas se distribuíram homogeneamente entre os sexos, sem diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=2,3$; $p=0,13$). Além disso, não houve qualquer influência da lateralidade do uso sobre o aparecimento de sintomas ($\chi^2=0,3$; $p=0,56$).

EVALUATION OF SUBJECTIVE SYMPTOMS ASSOCIATED TO ELECTROMAGNETIC EXPOSITION OF CELLULAR TELEPHONES IN REAL STATE AGENTS FROM JOÃO PESSOA CITY - PB

ABSTRACT

Several studies have described manifestation of symptoms associated to radiofrequency of cellular telephones. The present study aimed to evaluate the frequency of symptoms produced by cellular phones in real estate agents from João Pessoa City. The sample was constituted of 53 volunteers, which was previously invited to free participation in the research. All data were achieved by means of interview and standardized questionnaires. Antecedents of positive symptomatology prevailed in the sample (72%). There was a unequal statistically distribution of symptoms ($p < 0,001$), with predominance of auricular and periauricular burning sensation (27,3%). The other symptoms more frequently referred were headache (12,1%), nervous tension (12,1%) and dizziness (10,6%). Nevertheless, the selected independent variables (duration of connections, subscription time in cellular telephony and number of connections/ day) did not significantly increase the chance (od ratio) of symptoms appearance. The results suggest that symptomatology depends more on individual sensibility to radiofrequency than the selected independent variables.

Keywords: cellular telephones; symptoms; radiofrequency.

4 CONCLUSÃO

Estes dados exploratórios são concordantes com outros trabalhos semelhantes, indicando que os usuários experimentam vários sintomas de desconforto durante a conexão, notadamente a sensação de queimação, cefaléia, tensão nervosa e zumbidos. Apesar dos resultados, as variáveis independentes selecionadas

foram incapazes de elevar a frequência de sintomas. Este achado reforça a hipótese de que o aparecimento de sintomas depende mais da sensibilidade individual, e menos das variáveis independentes investigadas neste estudo.

Assim, pode-se teorizar que existiriam pessoas mais sensíveis à

exposição eletromagnética, ou pessoas com uma percepção mais acurada para identificar os sintomas da radiofrequência. Considerando que a sintomatologia pode ter implicações negativas na qualidade de vida e rendimento profissional, sugere-se a realização de investigações posteriores mais amplas sobre o tema. Estudos adicionais poderiam envolver amostras mais numerosas, diferentes casuísticas e grupos controlados a fim de comparar os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- AHLBOM, A. et al. Epidemiology of health effects of radiofrequency exposure. *Environmental health perspectives*, v.112, n.17, p.1741-1754, 2004.
- AL-KHLAIWI, T., MEO, S.A. Association of mobile phone radiation with fatigue, headache, dizziness, tension, and sleep disturbance in Saudi population. *Saudi medical journal*, v.25, n.6, p.732-736, 2004.
- ANATEL (Agência Nacional de Telecomunicações). Dados relevantes do SMP por plano, região, tecnologia e estações fixas licenciadas. Novem-bro, 2008. Disponível em: <<http://www.anatel.gov.br/Portal/exibirPortalInternet.do>>. Acesso em: 25 nov. 2008.
- _____. Mapa do novo cenário do SMP. Competição - presença das prestadoras nas regiões do SMC e SMP, bandas A, B, D, E, F, G, I, J, L e M. Outubro, 2008b. Disponível em: <<http://www.anatel.gov.br/Portal/exibirPortalInternet.do>>. Acesso em: 25 nov. 2008.
- BALBANI, A.P.S., MONTOVANI, J.C. Telefones celulares: influência nos sistemas auditivo e vestibular. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v.74, n.1, p.125-131, 2008.
- BEIGUELMAN, B. Curso prático de bioestatística. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética, 1998.
- CHIA, S., CHIA, H., TAN, J. Prevalence of headache among handheld cellular telephone users in Singapore: a community study. *Environmental health perspectives*, v. 108, n. 11, p. 1059-1062, 2000.
- CURCIO, G. et al. Is the brain influenced by a phone call? An EEG study of resting wakefulness. *Neuroscience research*, v.52, n.3, p.265-270, 2005.
- FDA (Food and Drug Administration). Cellular phone facts: consumer information on wireless phones (2003). Disponível em: <<http://www.fda.gov/cellphones>>. Acesso em: 11 jun. 2006.
- FRUMKIN, H. et al. Cellular phones and risk of brain tumors. *CA - a cancer journal for clinicians*, v. 51, n. 2, p. 137-141, 2001.
- GUIMARÃES, D.A. Introdução às comunicações móveis. *Revista telecomunicações INATEL*, v.1, n.1, p.1-22, 1998.
- HARDELL, L. MILD, K.H, CARLBERG, M. Further aspects on cellular and cordless telephones and brain tumors. *International journal of oncology*, v.22, n.n, p. 399-407, 2003.
- HEPWORTH, S.J. Mobile phone use and risk of glioma in adults: case-control study. *British medical journal*, v. 332, n. 7546, p. 883-887, 2006.
- HOCKING, B. Symptoms associated with mobile phone use. *Occupational medicine*, v.48, n.6, p.357-360, 1998.
- INSKIP, P.D. et al. Cellular-telephone use and brain tumors. *The New England Journal of Medicine*, v. 344, n. 2, p. 79-86, 2001.
- JOHANSEN, C. et al. Cellular telephones and cancer: a nationwide cohort study in Denmark. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 93, n. 3, p. 203-207, 2001.
- KOIVISTO, M. et al. Effects of 902 MHz electromagnetic field emitted by cellular telephones on response times in humans. *Neuroreport*, v. 11, n. 2, p. 413-415, 2000.
- LAI, H., SINGH, N.P. Acute low-intensity microwave exposure increases DNA single-strand breaks in rat brain cells. *Bioelectromagnetics*, v.16, n.3, p.207-210, 1995.
- _____. Single and double-strand DNA breaks in rat brain cells after acute exposure to radiofrequency electromagnetic radiation.

Artigo Original

PERFIL DOS CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros¹

Kelly Gomes da Silva Sousa²

Ubirany Lopes Ferreira³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo traçar o perfil dos casos de tuberculose pulmonar no município de Patos, Paraíba, no período de janeiro de 2000 a agosto de 2007. Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, utilizando os registros do sistema de informação de agravos e notificações (SINAN), na Secretaria de Saúde do Município. Neste período, foram analisados 77 casos de tuberculose, e destes, extraídos 71 referentes aos casos de tuberculose pulmonar de forma isolada. Foram analisadas as variáveis: faixa etária, sexo, raça e teste anti-HIV. Observou-se uma predominância do sexo masculino (59,2%), ocorrendo em faixas etárias diversas, com maior incidência na faixa correspondente entre 20 e 39 anos (33,8%); em relação à raça, 31% apresentaram-se de forma ignorada, enquanto que 39,5% foram consideradas parda. Dos 26,8% que realizaram o teste anti-HIV, 2,8% apresentaram resultado positivo.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (Tb) é uma doença infecciosa que atinge preferencialmente o parênquima pulmonar causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (NETTINA, 2003; TIMBY; SMITH, 2005; BRASIL, 2008); porém, outras espécies de micobactérias podem produzir quadro clínico semelhante ao da Tb, como o *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti* (BRASIL, 2006).

A transmissão da Tb ocorre por meio de gotículas transportadas pelo ar e produzidas pela pessoa infectada durante a tosse, espirro e ao cantar (BURTON; ENGELKIRK, 2005). Apesar de serem muito sensíveis à luz solar direta, as micobactérias são altamente resistentes à secagem, podendo permanecer viáveis por 6 a 8 meses no escarro seco (BLACK, 2002).

De acordo com Paixão; Gontijo (2007), tem se agravado gerando repercussões nos níveis de saúde e mortalidade, apesar de ser prevenível e possuir tratamento medicamentoso de alta eficácia.

Ruffino-Netto e Souza (1999) alertam para o fato de que muitos profissionais da área da saúde criaram um mito de que a Tb seria uma doença do passado, estando, portanto, sob controle, o que justificaria a postura desses profissionais diante do controle da doença. Porém, Ruffino-Netto (1997) enfatiza que a Tb não é um problema de saúde

¹ Acadêmica do nono período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: hellen-medeiros@hotmail.com Correspondência: Rua Dr. Onaldo Queiroz, nº 81, Bairro: Brasília. CEP: 58700-390, Patos-PB.

² Acadêmica do sétimo período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-PB.

³ Professora Dra. do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-PB.

pública emergente ou reemergente; ela é um problema atual, com alta magnitude e elevada incidência.

A Tb é a maior causa de morbimortalidade em todo o mundo, principalmente na Ásia e na África. Em 2006 ocorreram cerca de 9,2 milhões de novos casos com 1,7 milhão de mortes por Tb, do qual 0,7 milhão dos casos e 0,2 milhão das mortes ocorreram em pessoas HIV positivas (WHO, 2008).

Nesse sentido, Brasil (2008, p.130), acrescenta que,

A propagação do bacilo da tuberculose está associada principalmente às condições de vida da população. Prolifera em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Tb como uma questão de urgência à saúde pública mundial, sendo até então a única doença a receber esta designação (DUCATI; BASSO; SANTOS, 2005).

A situação da Tb no Brasil reflete o nível de desenvolvimento social no país, onde a pobreza e as deficiências na organização do sistema de saúde têm limitado a queda de doenças marcadas pelo contexto social (SILVA JUNIOR, 2004).

Apesar das estratégias de controle, das ações de diagnóstico e tratamento realizadas, a incidência da Tb permanece elevada, demonstrando que mudanças precisam ser realizadas para expandir o acesso aos indivíduos com esta enfermidade. Além disso, o diagnóstico tardio pelas deficiências encontradas na busca ativa de novos casos tem aumentado o número de indivíduos infectados. Bollela, Sato; Fonseca (1999) apontam para a grande dificuldade no diagnóstico da Tb, devido ao tempo necessário para a confirmação.

Além disso, Ruffino-Netto (2002) enfatiza que, muitas autoridades têm deixado a Tb de lado, como se tudo já estivesse resolvido e se esquecem que os muitos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo sobre este problema e as tecnologias existentes, de nada valem se não forem colocadas em prática e disponibilizadas à população.

Outra preocupante condição que pode contribuir para o aumento dos casos de Tb é a infecção pelo HIV, devido à grande possibilidade de associação entre essas infecções.

De acordo com Smeltzer; Bare (2005), a epidemia de HIV/AIDS é um dos fatores que tem elevado o número de casos de Tb. Para Albuquerque et al. (2001), a co-infecção pelo HIV constitui um fator prognóstico para o desfecho desfavorável do tratamento da Tb pulmonar. Rozman; Santo; Rozman (2007) em pesquisa realizada na Baixada Santista-SP, observaram uma prevalência de 18,9% de resistência às drogas antituberculose nos pacientes soropositivos estudados.

Além disso, a co-infecção, juntamente com o abandono do tratamento, tem originado cepas resistentes a muitas drogas, ocasionando formas mais severas da doença que elevam o custo econômico e social (XAVIER; BARRETO, 2007).

Oliveira; Moreira Filho (2000) citam o alcoolismo, em ambos os sexos, como um fator que também merece destaque quando associado à tuberculose.

Este estudo buscou traçar o perfil dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) de Patos, Paraíba, na perspectiva de contribuir para as discussões voltadas a esse grupo populacional.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente estudo foi conduzido de forma exploratória, com corte transversal e abordagem quantitativa dos dados. Como fonte de pesquisa, utilizou-se os registros do SINAN, no período de janeiro de 2000 a agosto de 2007, no setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, Patos, Paraíba.

Foram analisados 77 casos notificados de tuberculose, e destes, selecionados 71, que se enquadraram no objetivo da pesquisa. Apresentou como critério de inclusão os resultados referentes à tuberculose pulmonar de forma isolada. Os dados foram coletados independentemente da idade, sendo que a idade mínima observada entre os doentes de tuberculose foi de 10 anos. Todas as informações aqui descritas foram observadas em um âmbito

estatístico, sem a exploração de aspectos sigí-losos, apenas os relevantes para traçar o perfil dos casos de Tb pulmonar.

Os dados foram coletados em ficha clínica elaborada pelas pesquisadoras, e analisadas quanto às variáveis: faixa etária, sexo, raça e sorologia anti-HIV, sendo estes distribuídos em figuras no formato Excel, para permitir sua análise, e conferidos pelas pesqui-sadoras a fim de dar confiabilidade ao resul-tado obtido.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus VII, obtendo parecer favorável expresso sob

n° protocolo 99/2008, na conformidade das normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3 RESULTADOS

Dos 77 casos notificados de tuberculose na Secretaria de Saúde do Município, somente 71 atenderam ao critério de inclusão proposto. A distribuição dos doentes, com Tb pulmonar de forma isolada, conforme a faixa etária, é observada na Figura 1.

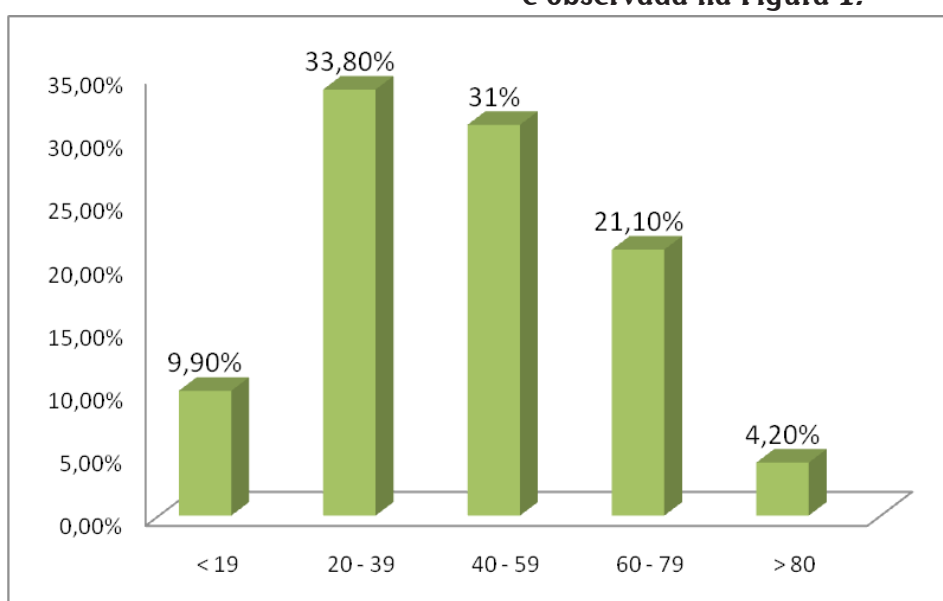


Figura 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária, expressa em anos, Patos, Paraíba, 2000 - 2007.

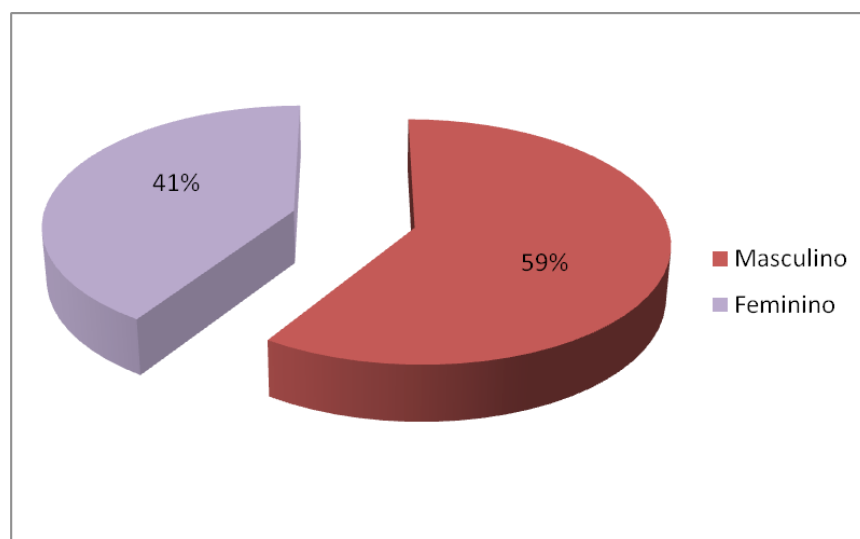


Figura 2 - Distribuição da amostra de acordo com o gênero dos doentes de tuberculose pulmonar, Patos, Paraíba, 2000 -

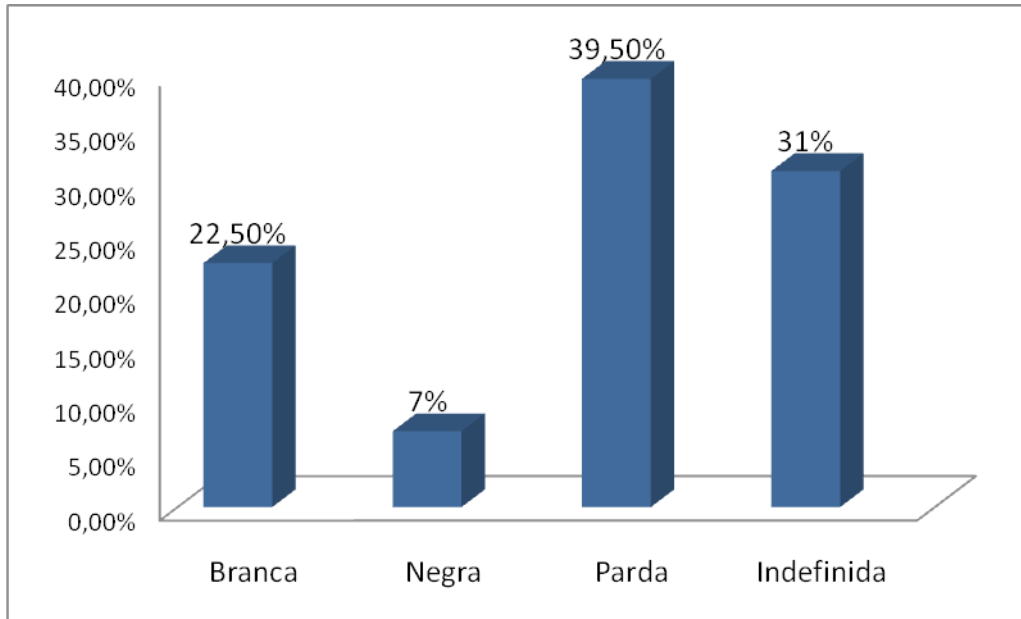


Figura 3 - Distribuição da amostra de acordo com a raça dos doentes de tuberculose pulmonar, Patos, Paraíba, 2000 - 2007.

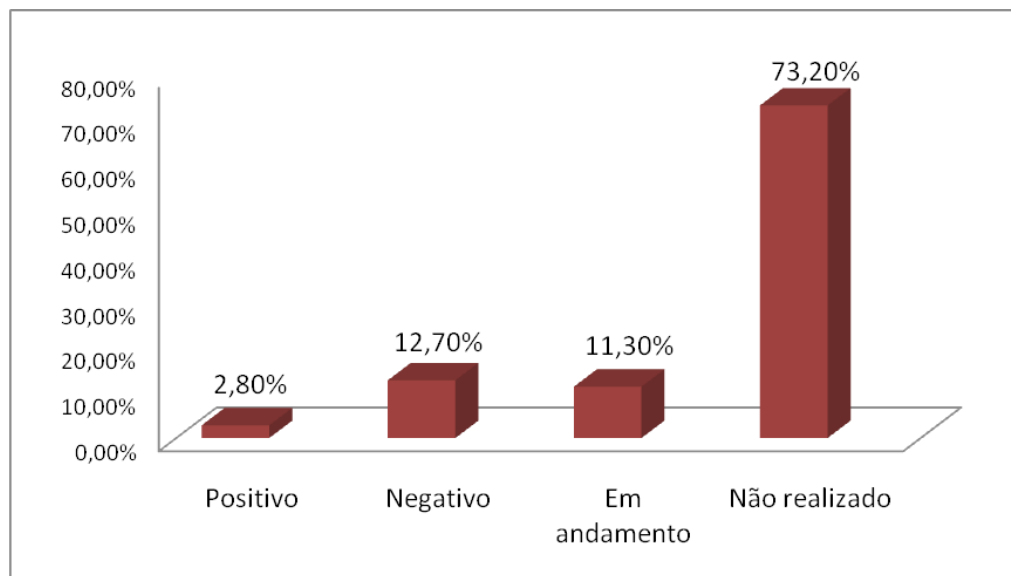


Figura 4 - Distribuição da amostra de acordo com a realização do teste anti-HIV, Patos, Paraíba, 2000 - 2007.

A Figura 2 expressa as informações referentes ao gênero, onde 59,2% dos doentes de tuberculose pulmonar eram homens e 40,8% eram mulheres.

Quanto à raça, observou-se que 31% dos casos analisados não apresentavam raça definida, enquanto que 69% foram classificadas em branca, negra e parda (Figura 3).

Conforme mostrado na Figura 4, 73,2% dos casos não realizaram o teste anti-HIV. Dos 26,8% que realizaram este

teste, 11,3% apresentavam seus resultados em andamento.

4 DISCUSSÃO

A tuberculose pulmonar representa um grave problema de saúde pública, que tem gerado elevado custo econômico e social devido ao tratamento inadequado e a co-infecção HIV/tuberculose que corroboram para o aumento da mesma.

Analisando-se os dados obtidos relativos à idade, observa-se que esta

enfermidade atinge preferencialmente a idade produtiva, predominando com 33,8% dos casos aqueles que se encontram na faixa etária de 20 – 39 anos. Essa predominância é observada também por Coutro; Pedroso (2005), onde em sua pesquisa a Tb atingiu principalmente as pessoas nas faixas etárias correspondentes à plenitude de sua capacidade produtiva.

No entanto, observam-se certas variáveis em diferentes estudos; Xavier; Barreto (2007) encontraram predominância na faixa etária de 15 a 39 anos, com 60,4% dos casos. Arcênio, Oliveira; Villa (2007), em sua pesquisa sobre as internações por Tb pulmonar no Estado de São Paulo, descreveram que também é maior o número de internações nessas faixas etárias. Lima et al. (2001) observaram um pico de 49,3% no intervalo de 30 – 39 anos.

Apesar dos diversos resultados encontrados na literatura, observa-se que há apenas uma pequena divergência nos resultados relativos à idade dos doentes com Tb, que se deve provavelmente aos intervalos escolhidos pelos pesquisadores para distribuição da frequência dos casos.

No período estudado não foi notificada a ocorrência da doença nos menores de 10 anos, esse quadro poderia ser justificado pelo aumento e melhoria das coberturas vacinais, mas de acordo com Brasil (2008), a vacina BCG oferece proteção por cerca de 10 a 15 anos, apenas, contra os casos de tuberculose primária (Tb miliar e meningite tuberculosa). Apesar disso, Leser et al. (2002) afirmam que a incidência da Tb diminuiu acentuadamente, com a vacinação pelo BCG, quando comparada com a incidência nos não vacinados.

Em relação ao sexo, houve predominância do sexo masculino, com 42 casos (59,2%), semelhante ao encontrado por Xavier e Barreto (2007), onde o sexo masculino predominou com 60,1%. Dados semelhantes também foram encontrados por Paixão e Gontijo (2007), onde

predominou o sexo masculino (69,7%) entre os casos notificados no SINAN de Belo Horizonte – MG; e por Rozman, Santo; Rozman (2007) que também encontraram uma maioria do sexo masculino (69,1%) em cinco municípios da Baixada Santista – SP.

No que diz respeito à raça, 39,5%, foram consideradas pardas, seguida da branca (22,5%) e negra (7%). Observou-se que 31% da amostra não possuía raça definida, comprovando, dessa forma, que na rotina o preenchimento de alguns dados não são realizados por todos os profissionais envolvidos. Com relação à cor, Paixão; Gontijo (2007) em sua pesquisa, dividiram-na em branca e não-branca, onde a não-branca prevaleceu em 80% dos casos.

No que se refere à sorologia anti-HIV, 73,2% não realizaram este teste e, dos 26,8% que foram testados, 2,8% apresentaram resultado positivo, porém em 11,3% o resultado do exame não foi registrado durante a notificação, por estar em processo. Dados semelhantes foram encontrados por Xavier; Barreto (2007), onde 58,5% dos casos não realizaram a sorologia para o HIV. De acordo com Brasil (2008), a todo doente com diagnóstico de TB confirmado deve ser disponibilizado o teste sorológico anti-HIV; onde o profissional de saúde deverá conversar e esclarecer a possível associação entre as duas infecções.

A situação observada na tabela demonstra que apesar da literatura enfatizar a relação à co-infecção AIDS/Tb, a solicitação para o teste anti-HIV ainda é muito baixa, já que em poucos casos ele foi realizado e em metade destes o resultado ainda estava em andamento.

5 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo confirmam que a Tb pulmonar persiste como um preocupante problema de saúde pública.

PROFILE OF THE PULMONARY TUBERCULOSIS CASES NOTIFIED IN THE CITY OF PATOS - PB

ABSTRACT

This study had the objective of expose the epidemiologic profile of pulmonary tuberculosis in the city of Patos, Paraíba from January 2000 to August 2007. It was performed a descriptive retrospective study, based on the data provided by the local health department division known as SINAN. Within this period, 77 cases of tuberculosis were analyzed, from which, 71 specifically referred to pulmonary tuberculosis. The variables analyzed were: age, gender, race and HIV-test. It was detected predominance of cases on males (59,2%), occurring on different ages, with greater incidence between the ages of 20 and 39 (33,8%); regarding the race variant, 31% were considerate irrelevant, while 39,5% was considerate parda. From of the 26,8% who took the HIV-test, 2,8% turned out positive.

Keywords: Pulmonary tuberculosis. Infectious disease. HIV-test.

A partir das variáveis aqui analisadas, conclui-se que o maior risco da doença encontra-se entre os indivíduos do sexo masculino, no grupo de adultos jovens, devendo haver um maior controle dessa população no sentido de impedir a transmissibilidade da doença, os casos de abandono do tratamento e a resistência às drogas.

Pôde-se, também, constatar algumas irregularidades nos serviços. A solicitação do teste anti-HIV ainda é muito baixa e os poucos dados existentes são insuficientes para mensurar o impacto da co-infecção AIDS/Tuberculose.

O controle da Tb depende da melhoria dos fatores relacionados aos serviços de saúde, por meio de atividades educativas para prevenção e controle, abordagem individualizada, capacitação profissional através de parcerias com faculdades, no sentido de possibilitar o preparo desses profissionais frente à Tb e encontrar novos caminhos para impedir o avanço desse problema.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. M. et al. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Panam. Salud. Pública*, v. 9, n. 6, p. 368-374, 2001.

ARCÊNIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 409-417, maio/abr., 2007.

BLACK, J. G. *Microbiologia: fundamentos*

e perspectivas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BOLLELA, V. R.; SATO, D. N.; FONSECA, B. A. L. Problemas na padronização da reação em cadeia da polimerase para diagnóstico da tuberculose pulmonar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 281-286, 1999.

BRASIL. Res. nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <www.presidencia.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 6. ed. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília, 2008.

BRASIL. Res. nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <www.presidencia.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2008.

BURTON, G. R. W.; ENGELKIRK, P. G. *Microbiologia: para as ciências da saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COUTRO, O. F. de M.; PEDROSO, E. R. P. Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho. In: MENDES, R. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. v.1.

DUCATI, R. G; BASSO, L. A; SANTOS, D. S. Tuberculose. In: **TRABULSI, L. R; ALTERTHUM, F.** Microbiologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

LESER, W. et al. Elementos de epidemiologia geral. São Paulo: Atheneu, 2002.

LIMA, M. B. et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-885, jul./ago., 2001.

NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 437-443, 2000.

PAIXÃO, L. M. M; GONTIJO, E. D. Perfil dos casos de Tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 205-213, abr., 2007.

ROZMAN, L. M; SANTO, A. H; ROZMAN, M. A. Resistência do *Mycobacterium tuberculosis* às drogas em pacientes HIV+ em cinco municípios da Baixada Santista, São Paulo,

Artigo Original

ACOLHIMENTO A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹

Khívia Kíss da Silva Barbosa²
Maria Elisabete de Araújo Sampaio³
Luciana Ferreira de Sousa⁴
Sandra Marinho de Azevedo Sorage⁵
Elenízio Andrade de Oliveira⁶

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva é uma área hospitalar destinada a pacientes em estado crítico, que necessitam de observação contínua e cuidados específicos e complexos. É dever dos profissionais de saúde manter a família informada sobre a internação, o ambiente e o risco de vida do seu ente querido. O objetivo deste estudo foi investigar subsídios necessários para o acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI, segundo a fala dos mesmos. Foi um estudo exploratório-descritivo com análise quantitativa, realizado em uma UTI de um Hospital privado de João Pessoa-PB, em janeiro de 2008, através de um formulário semi-estruturado; a amostra foi composta por 15 familiares de pacientes internos na UTI. Os dados foram tabulados em forma de gráficos e tabelas e analisados sobre preceitos da abordagem quantitativa. Nossos resultados mostraram que os participantes do estudo têm idade que variam de 15 até 80 anos; 46% dos participantes da pesquisa acham que a assistência prestada aos familiares é ótima; 47% dos participantes da pesquisa acham que a estrutura física da sala de espera da UTI é “boa”; com relação ao horário de visita, 60% classificam como “bom”; 67% dos participantes da pesquisa julgam como “ótimo” o apoio dado pela equipe de saúde aos mesmos; 87% dos profissionais que prestaram informações aos familiares de pacientes internos na UTI o fizeram de maneira “humanizada”; as sugestões para assistência mais humanizada aos familiares dos pacientes internos em UTI foram: “aumentar o tempo de visita” (67%), “dar mais apoio para o paciente” (13%). Nosso estudo apontou a necessidade de aumentar o tempo de permanência da visita na UTI. É necessário que se reveja esta questão, para que esta visita sirva de papel terapêutico para o paciente, pois pode ser o momento em

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se constitui em uma área hospitalar destinada a pacientes em estado crítico, que necessitam de observação contínua e cuidados específicos e complexos, prevenindo o desenvolvimento de complicações, que comprometerão seriamente a vida através do acometimento de órgãos ou de outras estruturas. Essas Unidades são equipadas com aparelhos diversos, de grande precisão técnica, e exigem uma importante

¹ Artigo retirado do Trabalho de conclusão de curso defendido e aprovado na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Professora da Faculdade Nova Esperança - FACENE e do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. João Pessoa – Paraíba.

³ Enfermeira assistencial do Programa Saúde da Família de Mataraca – Paraíba.

⁴ Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Enfermeira assistencial do Hospital de Emergência e Trauma da Paraíba Humberto Lucena. Professora do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. João Pessoa – Paraíba.

⁵ Enfermeira. Especialista em Gerontologia. Enfermeira do Ministério da Saúde Professora do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. João Pessoa – Paraíba.

⁶ Enfermeiro. Coordenador Geral de Enfermagem do Hospital de Guarnição - HGJP. Professor do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. João Pessoa – Paraíba.

aplicação de recursos financeiros, materiais e humanos. São responsáveis por cuidar de pacientes graves, tendo como finalidade a recuperação e preservação da vida do paciente.

Segundo Lemos; Rossi (2002) é dever dos profissionais de saúde manter a família informada sobre a internação, o ambiente e o risco de vida do seu ente querido. Sendo assim, a falta de informações, atuação sobre as preocupações, dúvidas e temores por parte da equipe de saúde aos familiares constitui um problema a ser tratado. No internamento do paciente, sua família passa a ser um membro da equipe, sendo importante fator no processo de hospitalização, necessitando também de ser assistida.

Para Maia (1999), a UTI tem que ter um ambiente físico e psicológico adequado, para que a recuperação do paciente seja em tempo hábil, onde cada pessoa da equipe de saúde deve estar orientada para o aproveitamento das técnicas existentes, aliadas a um bom relacionamento humano. A humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe de saúde. Humanizar a UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social.

A internação do paciente em terapia intensiva gera um sentimento quase sempre difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar, sentimentos que também envolvem as suas próprias perspectivas de vida. Muitos questionamentos emergem por parte da família: “A cura será completa?”; “Haverá sequelas?”; “A morte poderá ocorrer?” “Ele(a) consegue nos compreender?”; “Sente dor?”; entre outros.

Nesse sentido, a comunicação é um aspecto importante no atendimento de pacientes críticos, e a equipe de saúde pode, se tiver bom contato, uma boa comunicação com a família, estabelecer um melhor cuidado. Para Kimura (1984), a dificuldade de comunicação faz com que a necessidade de cuidados seja aumentada. O paciente, ao enfrentar a situação de não poder se comunicar com alguém, necessita de auxílio e atenção redobrados da equipe no cuidado. Mediante essa situação, a família passa a ser o foco da assistência da

equipe de saúde, e esta deve compreender que o equilíbrio da família favorecerá a recuperação do paciente.

Com a internação do parente, a família fica totalmente desestruturada, ocorrendo sentimentos de desespero, culpa, revolta, negação da realidade, angústia, e impotência diante da situação vivenciada. Com isso, é importante que a família participe no cuidado dos pacientes, pois ela pode proporcionar serenidade ao paciente, e caberá ao pessoal de saúde introduzi-la na assistência ao enfermo.

Diante da problemática relatada, surgiu o seguinte questionamento: como deve ser o acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI?

1.2 Objetivos

Investigar subsídios necessários para o acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI, segundo a fala dos mesmos.

Identificar os sentimentos presentes em familiares de pacientes internados em UTI no momento da admissão.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. O local da pesquisa foi uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI de um Hospital privado, localizado no município de João Pessoa - PB. A população desta pesquisa foi composta por todos os familiares de pacientes internados em UTI.

A nossa amostra foi constituída por 15 familiares de pacientes internados em UTI atendendo aos seguintes critérios: querer participar do estudo; ter mais de 18 anos de idade - independente da patologia e do período de internação do paciente; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento para a coleta de dados foi um formulário semi-estruturado com perguntas objetivas e subjetivas. A coleta de dados foi no mês de janeiro de 2008.

A pesquisa só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE e foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em

pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do CNS/MS, no art. II, dos aspectos éticos, que trata do envolvimento com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 2000). Também foi levado em conta as deliberações da Resolução 311/2007(COFEN) que institui o Código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007). Os participantes da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem informados sobre os objetivos do trabalho, bem como sobre todos os aspectos éticos da pesquisa. Os dados foram tabulados em forma de gráficos e tabelas, analisados seguindo os preceitos da abordagem quantitativa e contrastados com a literatura pertinente ao tema.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

15 a 20 anos	19%
21 a 25 anos	7%
26 a 30 anos	7%
46 a 50 anos	13%
51 a 55 anos	7%
56 a 60 anos	13%
66 a 70 anos	20%
71 a 75 anos	7%
76 a 80 anos	7%

Quadro 1 – Distribuição dos participantes do estudo (N = 15) segundo a faixa etária.
Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

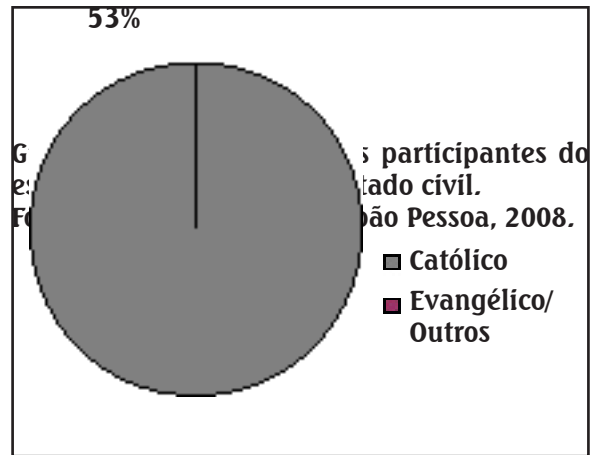
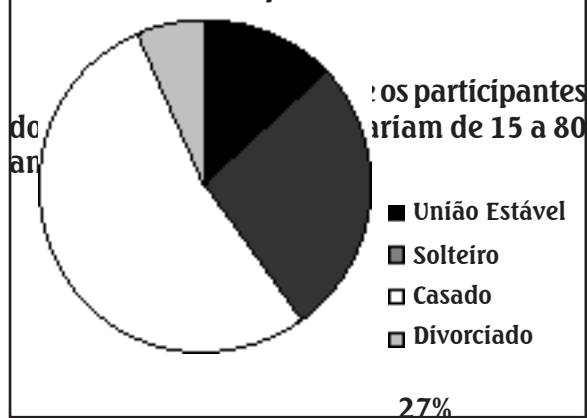


Gráfico 2 – Distribuição dos participantes do estudo (N = 15) segundo a religião. Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

O gráfico acima nos mostra que 100% dos participantes da pesquisa são católicos. A religião católica é predominante no Brasil.

Athikson; Murray (1989) comentam que as pessoas que possuem uma religião ou crença buscam auxílio nas horas difíceis e têm mais alívio do que as pessoas que não têm nenhum tipo de religião ou crença.

Preocupação	11
Medo da morte	10
Angústia	8
Insegurança	5
Dúvidas com relação ao tratamento	5
Desespero	5
Negação da realidade	5
Impotência	4
Revolta	3
Tranqüilidade	1

Quadro 2 – Distribuição da frequência absoluta dos sentimentos que foram mais presentes no momento da admissão do familiar na UTI.
Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

O Quadro 2 demonstra os sentimentos

apresentados pelos familiares no momento em que os seus parentes foram admitidos na UTI. A preocupação, o medo da morte e a angústia foram os sentimentos mais citados. Apenas um familiar citou que sentiu tranquilidade naquele momento tão delicado.

Mercer (1996) comenta que a internação de um membro da família pode ter vários significados para a mesma, pois quando a pessoa está enferma em casa, toda responsabilidade do cuidado é da própria família, porém, quando há a internação, esta responsabilidade é

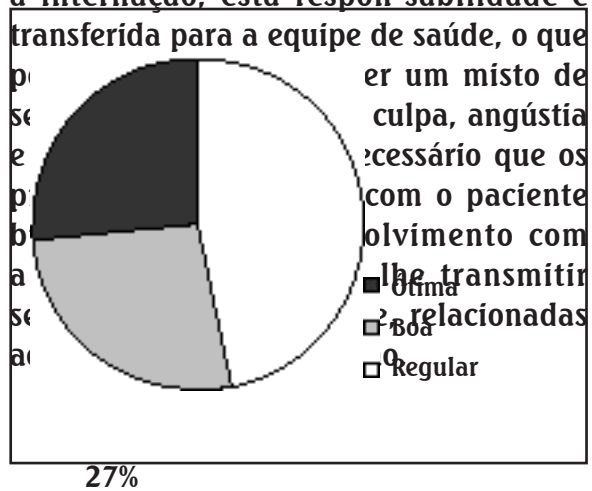


Gráfico 3 – Classificação da assistência prestada aos familiares segundo a opinião dos mesmos. Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

O Gráfico 3 nos apresenta que 46% dos participantes da pesquisa acham que a assistência prestada aos familiares é “ótima”, 27% acham que a assistência é “boa” e 27% a classificam como “regular”.

A assistência prestada à família é extremamente importante, pois ela, a família, pode trazer, ao paciente - que

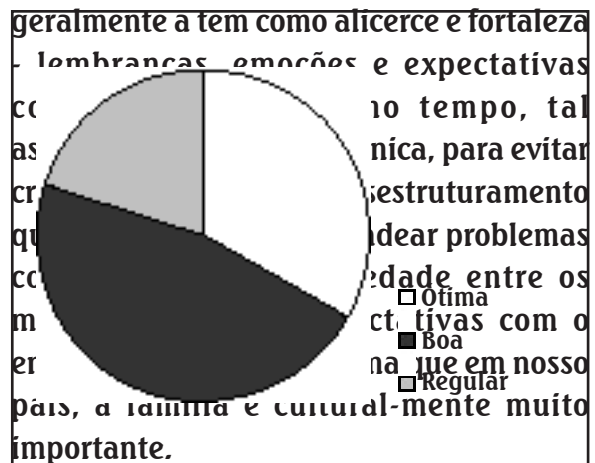
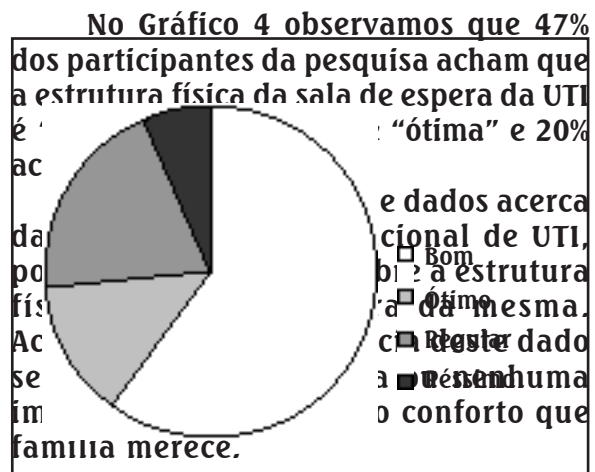


Gráfico 4 – Classificação da estrutura física da sala de espera da UTI, segundo a opinião do familiar. Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.



No Gráfico 4 observamos que 47% dos participantes da pesquisa acham que a estrutura física da sala de espera da UTI é “ótima” e 20% dos dados acerca da estrutura física da UTI, a mesma. Neste dado é possível perceber o conforto que a família merece.

7%

Ótimo
Bom

Gráfico 5 – Classificação do horário de visita segundo a opinião do familiar.
Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

Com relação ao horário de visita, o gráfico 5 retrata que 60% dos entrevistados o classificam como “bom”, 20% como “regular”, 13% como “ótimo” e 7% acham “pés...

eralmente é 30 minutos, com relação a entrar na UTI. o à questão n quanto itar. Cada horários de visitas e número de visitantes, sendo bastante inflexíveis muitas vezes tornando difícil a visita de um parente que está impossibilitado de ir no horário determinado.

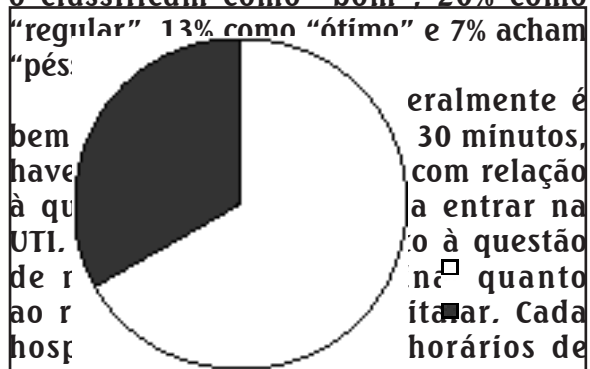
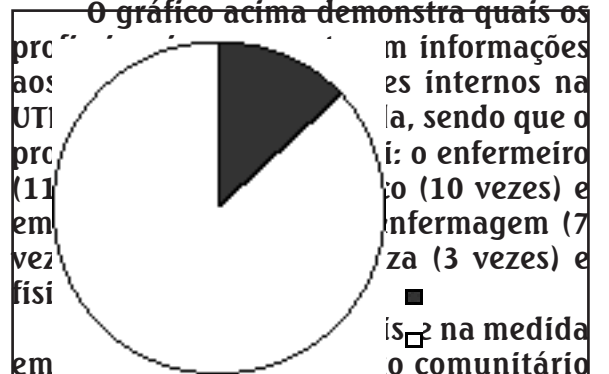


Gráfico 6 – Classificação do apoio dado pela equipe de saúde, segundo a opinião dos familiares.
Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

O Gráfico 6 mostra que a maioria (67%) dos participantes da pesquisa julga como “ótimo” o apoio dado pela equipe de saúde à família, e apenas 33% julgam esse apoio como “bom”.

O gráfico acima demonstra quais os procedimentos realizados em UTI para proporcionar informações aos familiares, sendo que o enfermeiro (11 vezes) e enfermagem (7 vezes) e fisioterapia (3 vezes) e assistência na medida comunitária entre os homens. Ela deve ser guiada pela interdisciplinaridade, pois não se consegue vislumbrar mudanças no cuidado apenas na ótica de uma categoria profissional (BRASIL, 2007).



33% 67%

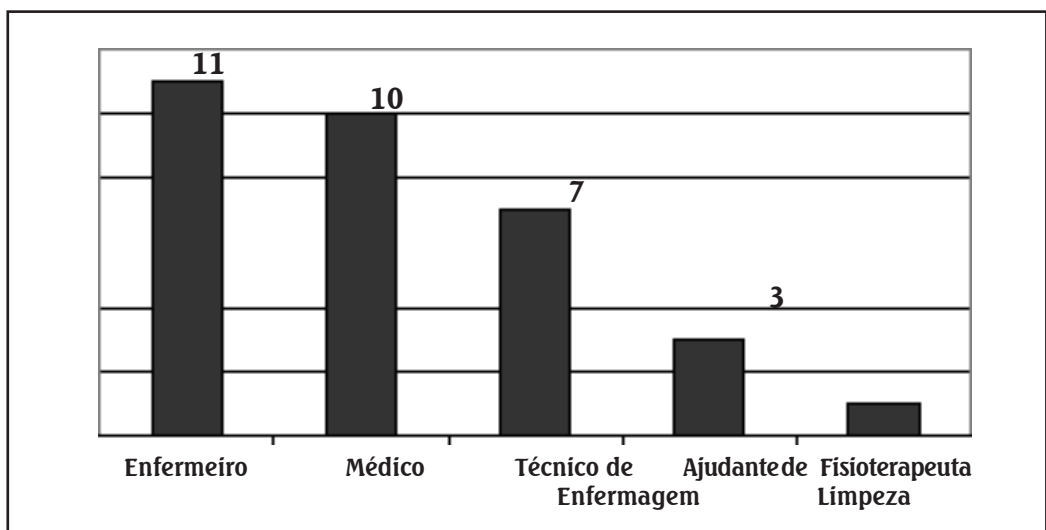


Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais que prestaram informações de maneira humanizada segundo a opinião do familiar.
Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

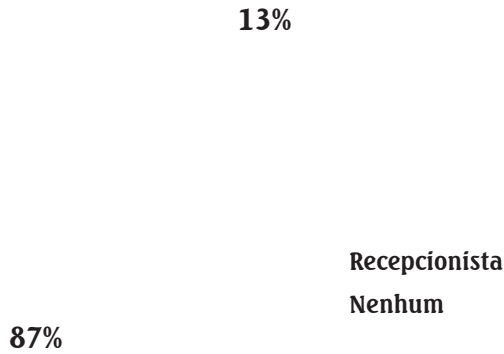


Gráfico 8 – Distribuição dos profissionais que prestaram informações de maneira desumana segundo a opinião do familiar. Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

O Gráfico 8 mostra que 87% (a maioria) dos profissionais que prestaram informações aos familiares de pacientes internos na UTI o fizeram de maneira humanizada, e 13% de maneira desumana, sendo o recepcionista responsável por este número.

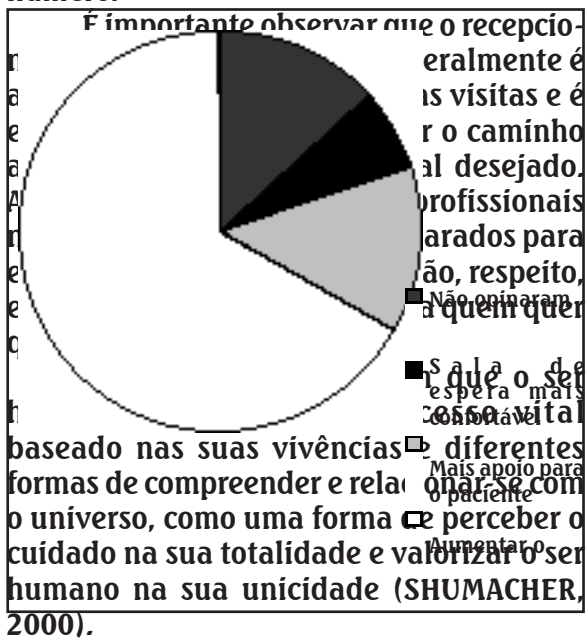


Gráfico 9 – Sugestão para uma assistência mais humanizada aos familiares dos pacientes internos em UTI, segundo sua opinião. Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa, 2008.

Os participantes da pesquisa deixaram no Gráfico 9 sugestões para assistência mais humanizada aos familiares dos pacientes internos em UTI, sendo que a necessidade de se “aumentar o tempo de visita” apareceu em 67%; a necessidade de se “dar mais apoio para o paciente” foi de 13%; a necessidade de “uma sala de espera mais confortável” em 13%, e “não opinaram”, 13%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A harmonia de uma família pode ser desequilibrada quando um membro fica enfermo ou é hospitalizado, especialmente quando essa hospitalização ocorre em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, por se tratar de um setor hospitalar responsável por receber pacientes em estado crítico.

Neste sentido, a família pode vivenciar sentimentos contraditórios, que vão desde a expectativa de cura, até o medo da morte do seu parente enfermo. Assim, percebemos a necessidade de se ajudar a família a enfrentar tais sentimentos, através de uma assistência humanizada, que não deve ser somente dirigida ao paciente.

No nosso estudo apontou como necessidade maior, o aumento do tempo de permanência da visita na UTI, uma vez que os participantes julgaram que este tempo é curto para quem fica na solidão daquele ambiente.

Portanto, é necessário que se reveja esta questão, para que a visita sirva

RECEIÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
ABSTRACT

The Unit Intensive Care is an area hospitalar to patients in critical state laying need observation continuous and specific care and complex. It duty of health professionals keep family informed on interna, environment and risk's life your loved. This study: Investigate subsidies required for host of relatives of inpatients in ICU according speech them. Was a study exploratory-descriptive with quantitative analysis held in an ICU a Hospital private João Pessoa-PB in January 2008, through a form semi-structured, the sample was 15 relatives of patients internal ICU. Data were tabulated-shaped graphics and tables and analyzed on precepts of approach quantitative. Our results showed that participants the study have age which vary of 15 until 80 years; 46% of participants of search think assistance to relatives is ótima; 47% participants of search think physical structure of antechamber of ICU is good, regarding schedule visit, 60% the classify as bom; 67% participants of search judge as Optimal the support given by the health team thereto; 87% of professionals who provided information to relatives of patients internal in ICU did so humanized; tips assistance more humanized to relatives of patients internal in ICU were: increasing visiting round (67%), give more support for patient (13%). Our study pointed the need to increase residence time of visit ICU. It necessary to review this issue so that this visit serves paper therapeutic for patient therefore

também de papel terapêutico ao paciente, pois pode ser o momento em que o binômio paciente-família aproveita para partilhar sentimentos, encorajando-os uns aos outros.

O enfermeiro pode auxiliar neste processo através do planejamento de ações que facilitem a comunicação do binômio (paciente-família), trocando informações, encorajando e estimulando a família a realizar o cuidado do paciente, dando apoio e desenvolvendo intervenções adequadas para lidar com os estresses de ambos, facilitando a comunicação não-verbal pelos familiares, buscando o entendimento das emoções que permeiam todo processo de hospitalização, podendo assim ser o enfermeiro alguém de referência para os familiares.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, M. E.; MURRAY. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BRASIL. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Portaria nº 881, GM/MDS de 19 de junho de 2001 e Portaria nº 202, SAS de 19 de junho de 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 28 set. 2007.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. <<http://www.cofen.com.br>>. Acesso em: 20 maio 2007.

KIMURA, M. Problemas dos pacientes de unidades de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. 1984. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1984.

LEMONS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por cliente e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade, 2002.

Artigo Original

O SERVIÇO SOCIAL E OS DIFERENTES PARADIGMAS DE INTERVENÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL¹

Luziana Ramalho Ribeiro²
Carolina da Cunha Lima de M.
Pedrosa³
Maria Eveline Ramalho Ribeiro⁴

RESUMO

O texto tem a pretensão de discutir problematizando as diferentes abordagens da política pública de saúde no Brasil, a partir do recorte da atuação do assistente social, tomando como eixo fundante a relação entre os processos de trabalho do assistente social e a influência teórico-metodológica que esse “bebe” nas Ciências Sociais. A pesquisa foi realizada com base no método qualitativo, caracterizando-se como descritiva e tendo como delineamento ser um estudo ex-post-facto aliado ao estudo bibliográfico. O objetivo geral deste estudo foi o de realizar uma leitura crítica acerca da intervenção do assistente social, quando da sua ação pela via da política pública de saúde; assim como pretendeu-se mapear as teias ideológicas e culturais que fomentam e consolidam a práxis do assistente social, enfatizando o caráter político da sua ação. Percebeu-se, como resultados, que a atuação do Serviço Social passa por três grandes fases: a positivista e das suas vertentes funcionalista e sistêmica, que está presente entre o começo e meados do século 20, quando do paradigma assistencialista/privatista, no qual o assistente social atuou como um mero tarefeiro, apenas reproduzindo a ordem posta, já que as políticas de saúde eram privatistas e visavam apenas aos trabalhadores urbanos; a perspectiva dialógica, presente no modelo sanitarista, vivenciado em meados do século 20, no qual o assistente social, atuou pelo viés da educação popular promovendo a educação em saúde; a abordagem materialista histórica e dialética presente na formulação das demandas sanitaristas e quando da constituição do paradigma do SUS e, da efetivação do PSF. Nessa perspectiva, o assistente social descobre-se como um agente de transformação social e constrói a sua ação a partir da crítica e busca da superação do projeto societário neoliberal.

Palavras-Chave: Serviço Social. Política de Saúde. Paradigmas Metodológicos.

INTRODUÇÃO

De acordo com Behring (2008), ao estudar a questão do método em Serviço Social, tomando por base as políticas sociais, há sempre uma vinculação direta com uma perspectiva teórico-metodológica e, sendo assim, é preciso mapear as diferentes tendências que fomentaram e fomentam o Serviço Social. De outro modo, cada tendência dessas é impregnada de conteúdos políticos ideológicos e, sendo assim, é impossível pensar numa produção científica neutra. Até mesmo os positivistas falavam de um lugar específico: a

¹ Gostaríamos de ressaltar que a discussão central aqui é sobre o modo como o Serviço Social se apropria das perspectivas teórico-metodológicas da Sociologia, e as “aplica” na sua prática com os usuários das políticas públicas de saúde, logo, não estamos analisando as políticas no sentido stricto sensu.

² Mestre em Sociologia pelas Universidades Federal de Campina Grande e da Paraíba; doutoranda em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Residente à Rua Hilton Souto Maior, Qd. 765, Lt. 57, Condomínio Residencial Cabo Branco Privê, Portal do Sol, João Pessoa-PB. CEP: 58055-018. E-mail: Luzianarr@yahoo.com.br

³ Enfermeira Supervisora do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

defesa do capitalismo, uma vez que eles viam nesse novo modo de produção a possibilidade de ordenar, fazendo evoluir e progredir as sociedades (cf. DURKHEIM, 1978a).

É preciso ainda atentar para o fato de que se discute, ao longo desse texto, com as três tendências clássicas de paradigma teórico-metodológico das Ciências Sociais, a saber: o positivismo; a sociologia compreensiva e o método histórico e dialético. Tal recorte é justificado pelo fato de que o Serviço Social “bebe” diretamente nas fontes das Ciências Sociais e tem acompanhado ao longo da sua história as transformações paradigmáticas das perspectivas teórico-metodológicas dessas ciências.

Primeiramente, exporemos a contribuição positivista e das suas vertentes funcionais e sistêmicas. Desse modo, é importante destacar o corolário durkheimiano em *As regras do método sociológico* (1978b), ao estabelecer a hierarquização e distanciamento entre o sujeito que pensa/investiga e a coisa pensada, o objeto de pesquisa. O autor defende tal procedimento por entender que é possível haver neutralidade, objetividade e imparcialidade no processo de produção científica.

Uma segunda perspectiva teórico-metodológica é a idealista, que não obstante ser tratada aqui de modo específico, também influenciou fortemente a corrente positivista. Essa segunda tendência teórica das ciências sociais vem da sociologia compreensiva weberiana (cf. FREUND, 2003), e também da abordagem fenomenológica francesa (cf. CARVALHO, 1991).

A terceira e última perspectiva teórico-metodológica das Ciências Sociais, que resvalou no Serviço Social, foi a marxista. Nesse sentido, é em *O Prefácio para a Crítica da Economia Política* (MARX, 1996), que Marx, esclarecerá a relevância do método histórico e dialético. Para ele, o pesquisador parte do objeto concreto para o abstrato, mas medeia a sua análise pelo movimento do pensamento que torna o objeto em real

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno [...], as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores

sociais preocupados com a atuação prática. (GIL, 1999, p. 44).

concreto pensado, agregando-lhe o valor da racionalização. O seu método é dedutivo.

METODOLOGIA

A pesquisa teve a característica de ser descritiva. É baseada no método de estudo ex-post-facto (FOOTE-WHYTE, 1980) e bibliográfica. Utilizou-se a metodologia qualitativa (MINAYO, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao conceber a sociedade como uma realidade extrínseca ao indivíduo, tomando-a como um ente anterior e coercitivo, Durkheim (1978b), apresenta a tese da peculiaridade do fato social que é geral, extensivo e coercitivo na dimensão de uma dada sociedade e que, portanto, age sobre o indivíduo através da consciência coletiva, conformando os seus modos de agir e as suas maneiras de ser.

Nesse sentido, o Serviço Social atua na sua gênese como um agente acima e a distância dos objetos (no caso, os clientes, àqueles para quem se destinavam as políticas de saúde assistencialistas no começo do século 20) (BRAVO, 2000) e, toma-os como algo estranho, exterior e passível de análise e experimentação. Nesse sentido é que os assistentes sociais tratavam os seus clientes como coisas, seguindo o corolário das Regras do método sociológico (cf. DURKHEIM, 1978b). Para tanto, devia-se abordar a coisa buscando-se afastar prenoções, definir as características exteriores que lhes são comuns e, considerá-las independentemente das suas manifestações individuais.

Os fenômenos com que lidavam, como por exemplo, o desemprego, a insalubridade dos locais de trabalho e, mesmo os acidentes de trabalho, deviam ser explicados por suas características exteriores e, imediatamente visíveis, para, a partir daí, o assistente social ir desbravando as particularidades mais profundas, isto tudo sendo realizado com base no método indutivo bebido das

ciências naturais e, embebido também na crença da imparcialidade racional do assistente social frente ao fato estudado.

Nesse processo de trabalho, o objeto era classificado entre o normal e o patológico. O normal era reconhecido pela sua permanência na média consensual admitida nas regras morais que conformavam a sociedade em questão, já a anormalidade era identificada pela quebra de reprodução da ordem estabelecida; era tudo que fugia às normas postas. Não havendo por parte do assistente social a necessidade de contextualizar as variáveis que levavam à diferenciação, mas tão somente era-lhe atribuída a responsabilidade de identificar e apresentar as dessemelhanças encontradas, buscando, enfim, adaptar, corrigir e excluir, os desviantes, que podiam ser pessoas sem qualificação para o trabalho, pessoas com inabilidade ou pessoas impossibilitadas de trabalhar, todas eram disciplinadas e docilizadas pela via da pura racionalização dos fatos sociais.

Como exemplo da discussão anterior, podemos citar a obra *Da divisão do trabalho social* (DURKHEIM, 1978a). Para Durkheim, essa divisão, longe de trazer conflito, numa crítica ao conceito de luta de classes marxista, traz a possibilidade da interdependência dos indivíduos. Assim, não é o fato da fragmentação do trabalho que prejudica a ordem social, mas ao contrário, o trabalho especializado torna cada indivíduo dependente do outro e fortalece a solidariedade social.

Mesmo em sociedades complexas é a divisão do trabalho que garantirá a coesão social, pois ela será o amálgama que unirá a teia de trabalhos que se inter-relacionam e gera solidariedade e dependência entre os indivíduos. Logo, só há anormalidade nesse processo, caso algum indivíduo ou grupo não se engaje nessa percepção de mundo e aja à revelia da ordem hipostática da divisão do trabalho, sendo assim, o problema do indivíduo é, antes de tudo, um problema moral de não adaptação às regras postas.

No Serviço Social, o positivismo estará fomentando as visões de caso, grupo e comunidade numa perspectiva de adaptação, correção ou exclusão do indivíduo anormal. Desse modo, numa

perspectiva biologicista, a sociedade era vista como um ente superior, anterior e coercitivo em relação às partes, os indivíduos e, desse modo, cabia ao assistente social promover a adaptação dos anormais à sociedade.

Nesse sentido, não há estranhamento, crítica ou preocupação alguma em relação às questões sociais, pois elas são naturalizadas e vistas apenas como problemas circunstanciais de um processo evolutivo, o da industrialização que pode ser contornado quando da total adaptação do indivíduo ao meio e as suas condições naturais. Assim, tanto a intervenção quanto as pesquisas realizadas a partir do positivismo resvalam em quantificações superficiais de dados que apenas representam o fenômeno, mas não o explicam de modo contextual.

De outro modo, a segunda perspectiva teórico-metodológica que influenciou o Serviço Social foi uma imbricação entre leituras fenomenológicas, inspiradas no movimento francês, especialmente em Merleau-Ponty (cf. JAPIASSU, 2008), e uma pseudo adaptação dessas leituras às práticas pautadas no idealismo, e tendo como método fundante a dedução.

Assim, a metodologia comparativa e típica ideal weberiana propunha a neutralidade axiológica através da qual o pesquisador ou o agente político desenvolvia a sua ação, tendo clareza de que era motivado por julgamentos de fato e julgamentos de valor, assim como ele norteava-se também pelos saberes empíricos.

Admite-se que os valores estão presentes na produção científica e na ação política, ao determinar a seleção do tema, orientar a seleção entre o essencial e o acessório, orientar a significação que lhes atribuímos, ao indicar a relação de causalidades, e ao afastar as noções vagas e preconceituosas. A ciência humana é interpretativa, busca compreender a ação e significar os diversos elementos que a estruturam.

Todo o processo de pesquisa/intervenção é visto, antes de tudo, como um jogo intencional do sujeito que estando sensível à percepção de dado fenômeno, a partir da sua trajetória de vida, toma-o como um objeto cultural e

histórico, analisando-o contextualmente e relativizando a relação entre o sujeito que pesquisa/age e o sujeito estudado, que é também passível de realizar a sua própria crítica.

Em Weber (cf. FREUND, 2003), há sempre a preocupação com o estudo das motivações, inclusive daquelas que nos tornam sensíveis a estudar determinados fenômenos em detrimento de tantos outros.

Para Weber, cabe às ciências sociais estudar as relações existentes entre lei e história, conceito e realidade.

Seguindo a tradição kantiana, Weber defende que o conhecimento é inesgotável e não representa uma cópia do real. Também faz críticas às técnicas quantificadoras e mostra que o cientista pode utilizá-las, mas não priorizá-las. Outrossim, também critica o ideário fenomenológico da representação dos fatos, para ele é impossível extrair os conteúdos (essência) dos fatos.

Numa pesquisa é preciso compreender as causalidades e tê-las como probabilísticas e não como determinantes.

A saída metodológica construída por Weber é o tipo ideal, apresentando as seguintes características: é utópico, unilateral e racional, portanto irrealizável e impossível de ser encontrado em sentido restrito, na realidade, pois que é uma construção ideal feita a partir de aproximações comparativas entre um fato e as suas possibilidades causais.

Como exemplo da aplicabilidade do seu método, Weber constituiu o estudo sobre a Ética protestante e o espírito do capitalismo (1996), no qual ele apresenta um certo número de variáveis, colhidas em diferentes contextos sociais, econômicos e culturais diferentes, mas que têm como pano de fundo a reforma protestante, constituindo a primazia para as variáveis do puritanismo, do ascetismo e da ética do valor do trabalho. O autor deduzirá que esses comportamentos motivaram e facilitaram o processo de acumulação e expansão capitalista.

De outro modo, os seus estudos acerca do poder/dominação resvalam na compreensão das formas de dominação, a saber: a tradicional, que no caso do Serviço Social está explícita na abordagem tomista e caritativa da sua intervenção;

a dominação carismática, exercida pela via da persuasão e da submissão a um poder reconhecido como superior, também presente no Serviço Social na sua fase tomista e positivista, nas quais a intervenção do Estado e da Igreja eram tidas como dádivas; os processos de exclusão eram vistos como “vontade divina” e, portanto, entendidos como naturais e imutáveis; além da dominação legal, na qual há a racionalização e a legitimação da dominação.

No caso do Serviço Social, temos a tentativa a partir da década de 40 do século 20, de racionalizar a ação do Estado, via políticas sociais para tornar também o exercício do assistente social numa profissão legitimamente reconhecida.

A contribuição weberiana resvala então nas apropriações indébitas que os teóricos estadunidenses fazem e que constituem os estudos funcionalistas e sistêmicos, tomando o real como um organismo ou máquina, mas tendo a pretensão de realizar leituras gerais das teias estruturantes dos fatos sociais, ficando, contudo, com a mesquinhez da representação mecanicista e quantitativa das contribuições do positivismo durkheimiano a partir do ideário parsoniano ou das correntes do interacionismo simbólico da Escola de Chicago (GOFFMAN, 1982). Esta, apesar de contextualizar de modo amíu de as motivações da ação, quando dos estudos sobre a manipulação de identidades e de estigmas, ainda deixa um lapso imenso nas suas pesquisas quando não problematiza os contextos que constituem os desvios e os desviantes (BRAVO, 2000).

Aquí no Brasil chega a ser cômico, não fosse trágico, pensar nos estudos de caso (quando a maioria era miserável), grupo (quando a maioria está excluída do mercado de trabalho), e, comunidade (quando a divisão do trabalho fragmentou ao extremo o espírito de classe). É preciso, antes, problematizar a especificidade do capitalismo tardio e da permanência de formas de dominação carismática e tradicional, sendo realizadas pelo Estado pela via das políticas sociais sazonais e estigmatizadoras.

Enfim, em Weber há uma discussão sine qua non em Política e ciência duas vocações (WEBER, 2003), na qual ele

realiza a crítica ao primado da pretensa objetividade na ação política e na produção científica, mostrando o quanto de ideologia, além dos jogos de interesse há nessas duas ações racionais.

No Serviço Social, quando da sua aproximação às teses sanitaristas, temos a tentativa de efetivação do paradigma fenomenológico e típico ideal, pois os assistentes sociais ao se unirem com representantes da classe médica e de entidades civis, buscam criar e consolidar um padrão de atendimento em saúde que desse conta não só da perspectiva curativa, mas que promovesse a saúde como interface de demandas biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

Nesse sentido, a educação em saúde tornou-se o instrumento ímpar da política de saúde, pois o entendimento/consideração do estudo das motivações (cosmovisão) do usuário, através da técnica de entrevista, tornou-se a peça central da promoção em saúde.

O último paradigma teórico-metodológico que influenciou o processo de trabalho do assistente social foi o método histórico e dialético. Para Marx (1996), a dialética, como método histórico, divide-se em história da natureza e história da humanidade, ambas se imbricam, pois o homem modifica a natureza e a si, via práxis.

Assim, é na passagem para o modo de produção capitalista que a dominação da natureza ganha característica de produção social, onde o trabalho especializado aliena o homem do seu trabalho, da mercadoria e de si mesmo, gerando uma desagregação da conexão natural entre os homens.

Em determinado momento desse processo histórico, há a passagem da produção de valores de uso para valores de troca, o que acarretará a divisão da sociedade entre proprietários e não-proprietários. Com essa ruptura nega-se a vida campesina e supervaloriza-se a vida urbana, onde o Estado é convocado a assumir o papel de mediador das questões sociais, tornando-se antes de tudo um protetor do capital privado.

Para entendermos essas contradições, salientamos que Marx não as apresenta como conseqüências

lineares, mas antes a história é entendida como processos individualizados que se dão permanentemente. Assim, a compreensão da sociedade capitalista é a chave para entendermos as sociedades anteriores.

É no capitalismo que as relações sociais tornam-se fetichizadas; para entender a mutabilidade da sociedade capitalista, o autor critica a economia vulgar que se contenta em apresentar a diferenciação entre essência e aparência dos fenômenos, esclarece que os economistas clássicos pretendem dar conta da totalidade real e íntima das relações sociais de produção, contudo, eles próprios estavam envolvidos numa áurea ilusória (SCHMIDT, 1977; GERAS, 1977).

Marx propõe que para entender a economia burguesa e os seus processos de dominação, é preciso conhecer o seu movimento real, mas essência e aparência não são similares, elas são contraditórias, o fetichismo deve ser compreendido a partir das relações recíprocas que o compõem, para assim entender a sua totalidade, ou seja, a relação entre os homens transformam-se em relação entre coisas.

O fetichismo se impõe na sociedade capitalista como mistificação e dominação. No processo produtivo capitalista o homem perde-se de si mesmo, pois a mercadoria assume o papel de gestora das relações sociais, ela subordina o próprio homem.

A dominação no capitalismo é mascarada, há uma dominação impessoal, exercida pela totalidade das relações econômicas sobre todos os indivíduos, dessa forma, há a dominação do trabalhador pela mercadoria e há o caráter mutilante do trabalho. As aparências dos fenômenos são tomadas como produtos da natureza, mas elas são falsas e não representam nenhuma realidade objetiva.

De outro modo, as relações entre as classes se dão como relações entre coisas, para o operário, o capitalista é capital; para o capitalista, o operário é força de trabalho; para o produtor, o consumidor é dinheiro, ou seja, as coisas mediatizam as relações.

Para desmistificar o real é preciso desnaturalizar e desobjetivar as suas explicações. Por exemplo, o salário esca-

moteia a contradição entre trabalho pago e não-pago, esconde a exploração que é social e a traveste num conteúdo natural, pois que aparece como uma troca equitativa entre trabalho e valor pago. Para entender a realidade social capitalista é preciso realizar um processo de retroatividade além de desvendar a teia de opacidade social e histórica, que movimenta as relações sociais.

Os trabalhadores começam o processo de desmistificação das relações sociais burguesas quando se tornam classe para si. Para tal é fundamental buscar ver a totalidade dos fenômenos, pois quando apenas vemos as partes, só visualizamos a aparência; por exemplo, as máquinas utilizadas no processo produtivo moderno, se vistas isoladamente do contexto sócio-histórico e econômico, aparecem apenas como resultado de avanços tecnológicos, mas se analisadas no conjunto da sociedade moderna aparecerão como instrumento de exploração do trabalho e geradora de desemprego.

Assim, para Marx, o modo de produção capitalista acirra a tal ponto as técnicas de produção e de exploração do trabalho que gera, concomitantemente à acumulação do lucro, a revolta e a organização operária. Para o autor, só o operariado é suficientemente forte e organizado a ponto de superar o capitalismo e estabelecer o modo de produção comunista.

Enfim, em Marx, a verdadeira riqueza é a intelectual; esta só é conseguida através das relações sociais, sendo assim, é ao conhecermos as redes de engendramento da dominação e da alienação que seremos capazes de destruir a opacidade dos fenômenos, podendo então entender o real como resultante da contínua mutabilidade geradora da práxis.

No Serviço Social, as primeiras aproximações com o marxismo se deram na década de 60, do século 20, contudo, segundo Netto (1992), essa aproximação foi feita bebendo-se em fontes marxistas ainda muito envoltas no estruturalismo, como em Althusser. Só quando nos aproximamos de Gramsci e Luckás, segundo Paulo Netto (1996), é que de fato nos tornamos marxianos

e tivemos uma noção clara de método e teoria histórico-dialético.

Contudo, pode-se ter uma maior clareza ao pensarmos na relação entre o Serviço Social e o marxismo (no Brasil), quando se analisa o processo de redemocratização e da explosão dos movimentos sociais na década de 80, do século 20 (BRAVO, 2000). Esses dois marcos nos remetem ao entendimento e consolidação do Serviço Social como um campo de investigação e ação diretamente voltado à discussão acerca do binômio concessão/conquista.

Nesse sentido é que se dá a percepção de que as políticas sociais, primeiramente, àquelas voltadas à saúde, assim como todos os processos de conquista trabalhista, são fruto de lutas de classes históricas e que resvalam no triângulo de forças desen-volvido pelo mercado, o Estado e a sociedade civil.

Assim é que o Serviço Social torna-se de fato crítico, a tal ponto de redimensionar a sua identidade, quando na década de 90, do século 20, transformou o seu código de ética e deu primazia aos indicadores de justiça social; liberdade; não preconceito; equidade; pluralis-mo; defesa da democracia e da cidadania participativa; defesa da comunicabilidade e participação aos (e com os) seus usuários, dentre outros.

Apontando a sua ênfase na discussão marxista, o Serviço Social foi se posicionando tanto na teoria quanto nos processos de trabalho, numa leitura de mundo que apresenta a dialética como centro, embebida na crítica a qualquer pseudo-neutralidade da ação humana, mostrando antes de mais nada, que o homem só se coloca problemas para os quais ele já tem de alguma forma a resposta.

Vale destacar por último os rebatimentos das tendências marxistas e fenomenológicas no Serviço Social, quando das tentativas de educação popular, a partir do método Paulo Freire (BRANDÃO, 1993; FREIRE, 1996), no qual o indivíduo educador-educando é sempre visto numa relação horizontal e de mão dupla, ambos prenhes de intencionalidade, fomentadores das suas aspirações.

CONCLUSÕES

Como vimos, todos os rebatimentos das tendências teórico-metodológicas das ciências sociais e da filosofia, nas quais o Serviço Social tem “bebido”, não são rebatimentos apenas circunscritos ao Serviço Social, mas estão na base da formação do pensamento racional ocidental, pois desde a Grécia Clássica nós nos debatemos entre os métodos racional (dedutivo) e empirista (indutivo), sempre nos perguntado se devemos empreender o conhecimento pela via da contemplação (Platão, Pitágoras) ou, se pela via da experimentação (Heráclito, Anaximandro), nos questionando se à ciência compete apenas desvelar e apresentar os fatos, ou se ela tem um compromisso ético social em relação à transformação da sociedade.

Parece-nos que, a partir do viés marxista e, para o Serviço Social, conhecer é desvendar, desnudar, relacionar e possibilitar ferramentas para a transformação. Desse modo, conclui-se que a reestruturação do SUS (LEI 8.080/90) e a consequente busca pela efetivação dos indicadores de universalidade; integralidade; equidade; descentralização; resolutividade e participação popular apontam para uma mudança paradigmática no projeto societário brasileiro, que transitando entre os modelos liberal e neoliberal tem defendido a fragmentação, precarização e ação pontual das políticas públicas, especialmente no tocante às Políticas de Seguridade Social e, dentre essas, a Política de Saúde (PERES, 2009; BRAGA; PAULA, 1981; COHN; ELIAS, 1996; IYDA, 1994; LUZ, 1991), que classicamente foi pensada como uma política de atendimento assistencial ou privatista.

Nesse sentido, é no início do século 20, que podemos mapear as primeiras ações em saúde pública no Brasil. Elas tinham a característica de serem geridas pela filantropia e voluntarismo.

Nas primeiras décadas do século 20, devido à epidemia de febre amarela, e tendo em vista não prejudicar o negócio agroexportador, o governo brasileiro realizou a primeira intervenção sanitária. Gerida pelo médico sanitarista Osvaldo Cruz, nós constituímos um paradigma inspirado no modelo norte americano e cubano, no qual abordava-se a saúde pública como estratégia de

guerra, essa metodologia causou inclusive a clássica “Revolta da vacina” (REVOLTA..., 2009).

Da década de 30 a 45, tivemos políticas de cunho populista/facista que priorizavam uma relação clientelista; vertical, cooptadora, atendendo às demandas de modo empresarial (CAPS), ou corporativista (IAPS).

De 45 a 60, florescem os movimentos sociais e as reivindicações por melhores condições de vida, trabalho e saúde. O golpe militar sufoca essa veia democrática e, só no final da década de 70 para 80, é que vamos retomar as discussões críticas acerca das políticas de saúde, assistência e previdência social. Com a Constituição de 1988, essas políticas se unificam no Sistema de Seguridade Social.

O processo de redemocratização apontou para uma reconfiguração ideopolítica da sociedade brasileira, onde a VIII Conferência de Saúde mostrou a força da organização da sociedade civil, desvelando assim a reviravolta que daríamos quanto ao entendimento da relação das demandas e efetividade das políticas públicas.

Contudo, na década de 90, retomamos o modelo privatista/filantropico, pois vivemos até hoje uma realidade híbrida em que temos, do ponto de vista teórico, um sistema de

seguridade social universal e descentralizado; do ponto de vista prático, dispomos de políticas focais, descontínuas e “prefeituralizadas”.

Não obstante essas dificuldades apontadas de modo breve, o modelo de Saúde da Família nos acena para uma transformação efetiva, já que, como toda práxis, demanda ainda de todos os profissionais envolvidos e da sociedade civil em geral, a completa efetividade dos seus ditames, ou seja, voltamos ao ponto de partida: não há práxis neutra! Toda ação é fruto de uma intencionalidade política e ideológica.

THE SERVICE AND THE SOCIAL ASSISTANCE IN DIFFERENT PARADIGMS OF PUBLIC HEALTH POLICY IN BRAZIL

ABSTRACT

The text has the intention of discussing / problematized the different approaches to public health policy in Brazil, from the cut of the action of social, taken as the axis founding the relationship between the work processes of social influence and that theoretical and methodological this baby in Social Sciences. The research was based on qualitative method, characterizing it as descriptive and with the study design is a ex-post-facto ally of bibliographical study. The aim of this study was to undertake a critical reading of the social worker's intervention on their action through public policy of health, so as we set out to map the ideological and cultural webs that nurture and strengthen the practice of social, emphasizing the political nature of its action. It was noticed that the performance results as the Social Service goes through three major phases: the positivist and functionalist aspects of his and systemic, which is present between the beginning and middle of the 20th century, when the paradigm assistance / private, in which the assistant served as a mere

REFERÊNCIAS

- BEHRING, Elaine Rossetti. Política social: fundamentos e história. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES- HUCITEC, 1981.
- BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas de seguridade social: Saúde. In:- Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 3. – Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é o método Paulo Freire? 18. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. (Coleção Primeiros Passos).
- CARVALHO, Anésia de Souza. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços. São Paulo, Cortez, 1996.
- DURKHEIM, Émile. Da divisão do trabalho social. São Paulo: Abril Cultural, 1978a. (Coleção Os Pensadores).
- _____. As regras do método sociológico. São Paulo: Abril Cultural, 1978b. (Coleção Os Pensadores).
- FOOTE-WHYTE, William. Treinando a observação participante. In:- GUIMARÃES, Alba Zaluar. Desvendando máscaras sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p. 77-86.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).
- FREUND, Julien. Sociologia de Max Weber. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- GERAS, Norman. Essência e aparência: aspectos da análise das mercadorias em Marx. In: COHN, Gabriel. (Org.). Sociologia para ler os clássicos. Rio de Janeiro: Livros Técnicos Científicos, 1977, p. 259-282.
- GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.
- IYDA, Massako. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo, EDUNESP, 1994.
- JAPIASSÚ, Hilton. Dicionário Básico de Filosofia. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas

de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. In: **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MARX, Karl. Prefácio da contribuição para a crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1996. (Coleção Os Pensadores).

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 5. ed. Petrópolis, Vozes, 1996.

PAULO NETTO, José. Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

PERES, Laerte Aparecido. Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil.

Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>>. Acesso em: 05 dez. 2009.

REVOLTA da Vacina. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Revolta_da_Vacina>. Acesso em 05 dez. 2009.

SCHMIDT, Alfred. História e natureza em Marx. In: **COHN, Gabriel. (Org.).** Sociologia para ler os clássicos. Rio de Janeiro: Livros Técnicos Científicos, 1977, p. 240-258.

WEBER, Max. Ciência e política: duas vocações. São Paulo: Martim Claret, 2003.

Artigo Original

A VELHICE SOB O OLHAR DE MULHERES IDOSAS

Lara de Sá Neves Loureiro¹
María das Graças Melo Fernandes²

RESUMO

O envelhecimento é um processo, e a velhice, um período cujos limites nem sempre são nítidos. Cada velhice advém de uma história de vida que, à medida que o tempo passa, vai acrescentando processos individuais e de socialização de normas, regras, valores e cultura. Considerando essa perspectiva, este estudo exploratório objetivou apreender a percepção de mulheres idosas a respeito da velhice e de suas vivências nessa fase da vida. Da amostra, participaram dez mulheres, integrantes do grupo de convivência de idosos “Eunice Vitória”, da Unidade de Saúde da Família Jardim Miramar I, que aceitaram livremente participar do estudo. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, orientada por duas questões: “Qual a sua opinião sobre a velhice?” e “Quais vivências ou experiências a velhice trouxe para sua vida?” A análise dos dados foi feita com base no Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados demonstraram que a percepção das mulheres idosas sobre a velhice se ancora nas seguintes ideias centrais: “uma boa fase da vida”; “uma oportunidade de ajuda” e “um processo natural”. Quanto às vivências que esse fenômeno trouxe à vida dessas mulheres, verificamos um discurso que expressa três ideias centrais: “vivência positiva”, “vivência negativa” e “vivência ambígua”. Ante o exposto, ressaltamos que as mulheres idosas percebem e vivenciam a velhice a partir de interações e trocas simbólicas estabelecidas com as pessoas e com o ambiente em que vivem.

Palavras-chave: Velhice. Idoso. Mulher.

INTRODUÇÃO

Não obstante, tais concepções só têm significados reais quando expressas pelo sujeito social em seu contexto. Para isso, faz-se necessário que as mulheres idosas de diferentes cenários, a exemplo do nosso, posicionem-se, desvelem seu imaginário pessoal, social e cultural a respeito de si mesmas, considerando suas vivências e experiências, dando sentido próprio ao seu envelhecimento e ao seu simbolismo, enquanto mulher idosa.

Considerando isso, buscamos, neste estudo, respostas para as seguintes questões norteadoras: Como mulheres idosas percebem a velhice? Quais vivências esse fenômeno suscita em suas vidas? Com o intuito de responder a tais questões, foram delimitados para a investigação os seguintes objetivos: investigar a opinião das mulheres sobre a velhice; e identificar quais vivências a velhice trouxe para suas vidas.

Vale salientar que a aproximação e o conhecimento dessa realidade por parte dos profissionais, em especial, aqueles responsáveis pela gestão e implementação de políticas públicas sociais e de saúde destinadas a mulheres idosas, configura-se como um importante instrumento que pode subsidiar a individualização do processo de cuidar da mulher no

¹ Enfermeira do Programa Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa-PB. Especialista em Saúde Pública. Endereço: Rua Prefeito Joaquim Gonçalves de Assis, n.165, aptº 301, Bessa, João Pessoa-PB. Tel.: (83) 9106-7498/8898-5927. E-mail: laraasn@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração do Centro de Ciências da Saúde da UFPB.

contexto do envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, realizada em outubro de 2007, na Unidade de Saúde da Família Jardim Miramar I, do município de João Pessoa – PB. Os sujeitos participantes da pesquisa compreenderam dez mulheres idosas, participantes do grupo de convivência “Eunice Vitória”, que concordaram em participar da investigação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após esclarecimento dos seus objetivos e dos seus procedimentos metodológicos, bem como garantias relativas ao anonimato e ao sigilo das informações, conforme preconiza a Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.

Quanto aos aspectos éticos relativos à Instituição e ao cenário físico e social do estudo compreenderam, em especial, o envio prévio do protocolo de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat, o qual foi aprovado conforme parecer do processo de número 044/2007.2.

A apreensão dos dados empíricos foi realizada mediante técnica de entrevista semi-estruturada, efetivada na Unidade de Saúde da Família, cenário do estudo, subsidiada por um roteiro que contemplava itens de caracterização sociodemográfica (idade, estado civil, profissão/ocupação e nível instrucional) e de duas questões pertinentes ao objeto de estudo: Qual a sua opinião sobre a velhice? e Quais vivências ou experiências a velhice trouxe para sua vida?

A análise dos dados realizou-se por meio de uma abordagem qualitativa, através da Técnica de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre; Lefèvre e Teixeira (2000). Essa técnica de análise de pesquisa qualitativa permite a organização dos dados, utilizando-se quatro figuras metodológicas: 1) ancoragem – observada quando o discurso tem marcas linguísticas explícitas de conceitos,

ideologias socioculturais, hipóteses e teorias; 2) idéia central – sintetiza o conteúdo de cada depoimento em uma descrição precisa do sentido; 3) expressões-chaves – são transcrições literais de fragmentos dos depoimentos, elaboradas com base em trechos essenciais de cada resposta; 4) Discurso do Sujeito Coletivo – é o discurso síntese, composto pela reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais. No âmbito deste estudo, esta proposta foi operacionalizada mediante os seguintes passos:

- 1- Seleção das expressões-chave de cada discurso individual.
- 2- Identificação da idéia central de cada uma das expressões-chaves.
- 3- Reunião das expressões-chave formando o Discurso do Sujeito Coletivo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Quanto às características qualificadoras das participantes do estudo, observamos que a maioria delas era composta de viúvas e donas de casa (aposentadas ou pensionistas), com idade variável entre 63 e 75 anos e possuíam baixo nível socioeconômico e instrucional. Esses achados têm repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, especialmente pelo fato de quase todas serem viúvas, sem experiência no mercado de trabalho formal, e sua situação socioeconômica ser desvantajosa, quando comparada aos homens idosos.

Camarano (2003) assevera que embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas passam por um período maior de debilitação biológica, antes da morte, do que eles. Essa autora salienta, ainda, a prevalência de um elevado contingente de viúvas, em contraste com alto percentual de homens que tinham algum tipo de união conjugal. Isso se deve, em sua opinião, à maior longevidade das mulheres e à cultura que existe no Brasil, que leva os homens a se casar com mulheres mais jovens.

Vale destacar que a aposentadoria surge, geralmente, por incapacidades

físicas, e representa uma condição socioeconômica injusta e inadequada, pois há perdas de rendimentos e representa, na maioria das vezes, o fenômeno da velhice e da inutilidade social. Nesse contexto, muitos idosos necessitam trabalhar para completar sua renda ou manter sua subsistência (BRASIL, 1997). Embora vários deles apresentem condições para se manter economicamente ativos, praticamente inexitem as oportunidades para tal, o que torna suas vidas uma dura realidade a ser enfrentada cotidianamente.

Costa et al. (2002) revelam que a proporção daqueles com menor escolaridade tem sido mais alta nos grupos mais velhos, algo comprovado pelos dados do censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que aponta um índice de analfabetismo de 53,3% entre os idosos do

nordeste brasileiro. Além disso, no Brasil, especificamente na Paraíba, a pobreza é uma realidade experimentada por muitas idosas, o que pode interferir, de modo significativo, nas suas relações sociais, no seu estado de saúde e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Para elas, possivelmente, está reservada a possibilidade de uma velhice limitada e sem oportunidades (GOLDSTEIN; SIQUEIRA, 2003).

A vivência da velhice, em um contexto de precariedade social, traz para esse fenômeno uma representação enraizada em ideias de deteriorização e de perda. Apesar disso, observa-se, na contemporaneidade, que o envelhecimento não é mais encarado como um estado ao qual o indivíduo se submete passivamente, mas como um

Quadro 1 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo, em resposta à questão: “Qual a sua opinião sobre a velhice?”.	
Idéia central (1) Uma boa fase da vida	Discurso do sujeito coletivo “Eu vejo com muita alegria (5 menções).” “É muito bom poder viver esta fase.” “Vejo como algo muito bom já que tenho a oportunidade de fazer o que não podia antes, pois estava sempre ocupada com os afazeres de casa, com marido e filhos. Agora tenho tempo para fazer o que quiser.” “Quem tem a sorte de chegar à velhice está contando história.” “Eu vejo como uma bênção de Deus, uma glória chegar bem nesta idade, privilégio de poucos.” “Acho que, se não for, é para ser a melhor fase da vida, porque possuímos tempo livre e muita sabedoria.”
Idéia central (2) Uma oportunidade de ajuda	Discurso do sujeito coletivo “Vejo como um momento em que posso ajudar as pessoas que precisam de mim [a colaboradora se emociona], meu sobrinho, ele depende de mim”. “Posso ajudar meus filhos na criação dos meus netos, eles depositam sobre mim esta confiança, me sinto reconhecida.”
Idéia central (3) Processo natural	Discurso do sujeito coletivo “Tenho bastante experiência, então gosto de ajudar as pessoas em palavras.” Discurso do sujeito coletivo “Vejo a velhice como processo natural,

A leitura dessas falas nos permite deduzir que essas idosas têm uma visão satisfatória da velhice, cuja percepção positiva se confi-gura, especialmente, por esse fenômeno ser entendido como “um bom momento da vida”, “uma oportunidade de ajuda” e “um processo natural”. Segundo Salgado (2005), envelhecer é uma propriedade particular, com vivência e expectativas específicas que não deduzem a responsabilidade de vida e a participação ativa no processo social, pois mesmo velho, o indivíduo continua membro da humanidade.

Debert (1996) afirma que os idosos são seres capazes de atribuir novos significados aos estágios mais avançados da vida, passando, muitas vezes, a tratá-los como momentos privilegiados para novas conquistas guiadas pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal. As mulheres idosas, quase sempre, por terem vivido restritas ao espaço doméstico, próprio de sua geração e por vezes condição imposta à mulher, incorporam na velhice uma condição melhor do que na juventude, pela vivência no espaço público e a diminuição dos afazeres domésticos e familiares. Para Campos (2003), é nos anos tardios da vida que muitas mulheres

se encontram desvencilhadas de certos cuidados domésticos, permitindo que tenham mais tempo livre para se envolver em outras atividades.

Foi pontuado, ainda, nos discursos das idosas, o exercício da solidariedade como uma representação da velhice, evidenciado pela possibilidade de contribuir através da trans-missão de experiências e responsabilizações, visualizando sua importância para as novas gerações. Pode-se evidenciar isso nas expressões: “tenho bastante experiência, então gosto de ajudar as pessoas em palavras”; “posso ajudar meu filhos na criação dos meus netos, eles depositam sobre mim esta confiança”. Barros (2007) afirma que o indivíduo, até chegar à velhice, percorre uma longa trajetória, durante a qual adquire conhecimentos e experiências que podem ser repassados, configurando o acúmulo de experiências como principal fator colaborador para as próximas gerações.

Embora em seus discursos algumas ido-sas não demonstrem explicitamente satisfação plena com a velhice, elas manifestaram a acei-tação do fenômeno como uma etapa natural da vida. Silva (2006) referenda o processo de envelhecimento como parte integrante do ciclo natural da

Quadro 2 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo, em resposta à questão: “Como a Senhora se vê no processo de envelhecimento?”

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo
Vivência positiva	<p>“Me vejo muito bem, muito feliz (4 menções).” “Não tenho complexos, eu me acho ótima, linda de viver.” “Me considero ainda jovem, aliás, toda minha vida fui jovem.” “Tenho muita saúde, graças a Deus, e para mim é o que mais importa, quero viver muito ainda, para ver meus netos crescidos e felizes.” “Sou muito bem quista, amada por minha família e por todos em minha volta.” “Passeio, saio, me divirto (5 menções), aqui mesmo, no PSF, participo das brincadeiras e das atividades físicas.” “Sou bem ativa, trabalho numa casa há doze anos e não me falta disposição.” “Sei me virar bem sozinha, não preciso de ajuda.”</p>
<p>Idéia central (2)</p> <p>Vivência negativa</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo</p> <p>“Fico o maior tempo sozinha em casa, com meus bordados.” “Sento na minha cadeira</p>

	<p>de balanço e pronto.” “Não saio para lugar algum, vou somente à missa.” “Às vezes me sinto só, não tenho mais marido nem filhos em casa, tenho poucas amigas, gosto de conversar com a vizinha às vezes.” “Acho ruim os probleminhas de saúde que aparecem (4 menções).” “Não me sinto com a mesma energia para trabalhar como trabalhava.” “Não tenho confiança de viajar, passear, minha pressão sobe, meu nariz começa a sangrar.” “Não me acho melhor, porque não tenho boa saúde.” “Sinto cansaço (3 menções).” “Não tenho a mesma coragem para sair de casa.” “Nunca fui muito esforçada pela vida, todo tempo fui assim: cuidar de casa e da família.”</p>
<p>Idéia central (3) Vivência ambígua</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo “Um dia eu estou chorando, outro dia sorrindo,</p>

A leitura dos discursos das idosas nos revelam, como achados, vivências basicamente em três grupos: as positivas, as negativas e as ambíguas. Em um contexto geral, percebe-se que a (in) satisfação das mulheres com o processo de envelhecimento está atrelada, entre outros aspectos, a seu processo saúde-doença, percebido nas expressões: “não me acho melhor, porque não tenho boa saúde”, “tenho muita saúde”. Além disso, suas vivências, ante à velhice, também estão vinculadas ao binômio inatividade e possíveis complicações para sua autonomia e independência. As expressões “não tenho muito ânimo para lazer”, “às vezes gosto de conversar com a vizinha” e “vou somente à missa” mencionadas pelas idosas, mostram que elas têm uma tendência a se comportar em conformidade com padrões sociais adquiridos.

Em suas falas, agrupadas na idéia central referente às vivências positivas da velhice, verifica-se a importância da saúde, da autonomia, da liberdade de ocupar seu tempo de modo mais livre, como instrumentos colaboradores para melhorar a autoestima e estimular a realização de atividades produtivas. Por parte dos idosos, no tocante à saúde, Cianciarullo (2002) faz associação positiva entre bom estado de saúde e qualidade de vida, ressaltando, ainda, a importância de os profissionais

de saúde promoverem ações cuidativas para essas pessoas, com vista ao alcance dessa meta.

Cardoso (2004) enfatiza que o envelhecimento, para quem sabe fazer do seu tempo livre um aliado, transforma-se em uma experiência bastante positiva e rica em novas aquisições. Novos espaços destinados ao convívio de idosos vêm surgindo cada vez mais, como grupos de convívio de idosos ou grupos da terceira idade. Tais espaços são ricos em atividades sociais e de lazer, que permitem aos idosos exercer sua autonomia, melhorar a autoestima e preservar sua saúde ou bem-estar geral. Conforme o autor, a atividade, além de ser benéfica para uma longevidade sadia, do ponto de vista físico, exerce um efeito positivo sobre o sentimento de cidadania.

Na análise do fenômeno “ser velha”, na sociedade Ocidental, em especial no Brasil, Bassit (2004) ressalta que tal condição é também ir conseguindo (ou ter conseguido) a libertação de certos controles societários, a exemplo do processo de reprodução que tolheu as mulheres, hoje idosas, durante toda a juventude. Cumprindo uma etapa da vida marcada pela reprodução e por obrigações familiares, a chegada da velhice passa a ser concebida por essas mulheres como uma porta para uma liberdade, quase sempre até então

desconhe-cida. Essa libertação vem, surpreendentemente, entusiasmando as mulheres idosas, a ponto de, muitas vezes, obscurecer-lhes a percepção de toda uma gama de preconceitos sociais ainda vigente em relação aos velhos, e particularmente às mulheres.

De acordo com Palmas (2000), o aumento da longevidade pode mostrar, dessa forma, que as conquistas científicas e sociais não terão muito valor se as pessoas, ao alcançarem mais anos de vida, mantiverem-se distantes do espaço social pertinente em relativa alienação, inatividade, incapacidade física, dependência e sem boas possibilidades de prosseguir no seu desenvolvimento.

No que concerne às vivências negativas, observou-se nas falas das idosas, as menções: “sentir cansada”, “não trabalho como trava-lhava”, “sem coragem para sair”, “às vezes, me sinto só”. Nesse cenário, ao visualizarem seus corpos como “cansados”, elas incorporam o declínio físico vivenciado ao longo de suas vidas, que foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, social, cultural e econômica, gerando assim prejuízos na sua qualidade de vida.

Outra experiência comumente vivenciada pelos idosos é a solidão e/ou isolamento. Para Elioupoulos (2005), a solidão enfatiza todos os infortúnios pelos quais as pessoas idosas passam. Entre seus principais determinantes destacam-se a saída dos filhos adultos para seus próprios lares, o falecimento do cônjuge, a redução do contato com amigos e a aposentadoria. Muitas vezes os idosos não acreditam no poder de suas

potencialidades e capacidades nessa etapa da vida, tendendo ao isolamento e ao adoecimento.

Esses aspectos são vívidos, de modo particular pelos idosos, havendo diferenças substanciais quando se trata da sua condição de gênero. Considerando isso, Neri (2000) ressalta que vários estudos demonstram que as mulheres de todas as idades são menos agressivas, mais solidárias, mais sugestivas, mais envolvidas e mais relacionadas socialmente do que os homens. Essas variáveis, em todas as idades, e também na velhice, aparecem positivamente relacionadas à satisfação global com a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo são reveladores ao se identificar que, embora haja uma unanimidade entre as idosas sobre suas percepções acerca do envelhecimento como processo natural manifestado claramente por expressões consoantes com satisfação, acúmulo de experiência e de autonomia, quando indagadas a respeito de como se vêem nesse processo, a leitura de suas falas é contraditória, assumindo duas vertentes: as que se vêem bem, com boa saúde, amadas, participativas em atividades sociais e de lazer; e as que se sentem cansadas, com déficit de saúde, de atividades sociais/lazer e solitárias.

Os achados da pesquisa confirmam, ainda, a importância da manutenção de uma boa saúde e da vivência ativa, participativa e socializadora como aspectos satisfatórios vivenciados na velhice, que podem incrementar sua autonomia e independência. Nesse caso, faz-se necessária a inclusão de políticas sociais, que objetivem a promoção do envelhecimento ativo, considerando a dissolução

THE PENSION UNDER THE GAZE OF OLDER WOMEN

ABSTRACT

The Aging is a process and the adage is a pesiad which limits are not always clear. Each old age comes from a life story that, as time passes, adds individual proces and socialization files of norms, rules, values, culture. Considering this perspective, this exploratory study aimed to understand the perception of older women about the old age and their experiences in this phase of life. The sample involved ten women members of the group of living for elderly “Vitório Eunice” Unity of the Family Health Miramar Garden I who accepted free participation in the study. Data collection was conducted through semi-structured interview guided by two questions: “what is your opinion about old age?” and “which experiences did oldage bring to your life?” Data analysis was based on the Collective Subject Discourse. The results showed that the perception older women’s about age old is anchored on the following central ideas: “a good phase of life”; “an opportunity to help” and “a natural process.” About the experiences that this phenomenon has brought to these women’s lives, we found a speech that expresses three central ideas: “positive experience”, “negative experience” and “ambiguous experience.” With the above, we emphasize that the older women perceive and experience the old age by establishing symbolic interactions and exchanges with people and the environment in which they live.

de estíguas e preconceitos em relação à senescência, sobretudo, a feminina.

Por entendemos pesquisas sobre percepção e vivências da velhice como estudos não acabados e multifacetados, esperamos que esta investigação se preste como desdobramento de tantas outras que se proponham a abordar a temática.

REFERÊNCIAS

- BARROS, M. M. L de. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: MORAES, M; BARROS, L. de (Orgs.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- BASSIT, A. Z. Na condição de mulher: a maturidade feminina. In: PY, L, et al. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Idoso. Brasília, DF: MPAS/SAS, 1997.
- CABRAL, B. E. L. Mulher e velhice. In: MOTTA, A. B.; AZEVEDO, E. L.; GOMES, M. Q. de C. (Orgs.). *Dinâmica de gênero em perspectiva geracional*. Salvador: UFBA, 2005.
- COSTA, M. F. de L. et al. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde em comparação aos adultos jovens. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 11, n. 2, p. 91-105, 2002.
- CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Revista de Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, p. 35 – 64, 2003.
- CAMPOS, A. P. M. de Envelhecimento feminino: “bicho de sete cabeças”? In: FALCÃO, D. V. da S.; DIAS, C. M. de S. B. (Orgs.). *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*. V.I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- CARDOSO, D de M. Longevidade e tempo livre: Novas propostas de participação social e valorização do idoso. *A terceira idade*, v. 15, n. 30. p. 36-51, 2004.
- CIANCIARULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (Orgs.). *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe, 2002.
- DEBERT, G.G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. *ANAIS do I Seminário Internacional “Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século”*, 1996.
- DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp. 1999.
- ELIOPOULOS, C. *Enfermagem gerontológica*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GOLDSTEIN, L. L.; SIQUEIRA, M. E. C. de. Heterogenidade e diversidade nas experiências da velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2003.
- LADISLAU, L. *Lazer e Participação Social*. A terceira idade, v. 13, n. 25, p. 7-25, 2002.
- LEFRÈVE, F., LEFRÈVE, A. M. C; TEXEIRA, J. J. V (Orgs.). *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUSC, 2000.
- NERI, A. L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A.L. (Org.). *Desenvolvimento*

Artigo Original

GINKGO BILOBA E SEUS EFEITOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS RELACIONADOS AO APRENDIZADO E MEMÓRIA

Fausto Pierdoná Guzen¹
Priscila Figueiredo Brito Guzen²

RESUMO

O extrato do Ginkgo biloba é intensamente prescrito em muitos países para tratamento de problemas cognitivos relacionados com a idade, e têm sido usado na China como uma terapia alternativa para várias doenças. Ginkgo biloba é uma planta utilizada para aliviar os efeitos da perda de memória, concentração e declínio do alerta. Além disso, Ginkgo biloba é usado atualmente como tratamento sintomático da insuficiência cerebral que ocorre durante a idade normal, ou na qual pode ser devido à demência degenerativa e vascular ou formas interrelacionadas de ambos. Estudos farmacológicos mostram que o efeito terapêutico do Ginkgo biloba é decorrente da presença de diversos constituintes ativos com propriedades vasoativas e antioxidantes no combate dos efeitos deletérios dos radicais livres. Os estudos mostram que o Ginkgo biloba possui efeito nas funções cognitivas e que esta droga apresenta eficácia e poucos efeitos adversos.

INTRODUÇÃO

Estudos anteriores postulavam que o sistema nervoso atuaria em bloco para alcançar o aprendizado e a memória, determinava que as lesões corticais produziriam déficits cognitivos que aumentariam em gravidade o tamanho da lesão. Hoje em dia, no entanto, é claro que a área da memória não está localizada em uma estrutura anatômica isolada no cérebro, e sim em diversas regiões deste órgão. Essa visão surgiu a partir de estudos em indivíduos com lesões cerebrais muito delimitadas, acompanhadas por deficiência de memória característica, trabalhos estes que têm sido confirmados com modelos experimentais em animais (ENNACEUR; DELACOUR, 1988; CORKIN et al., 1997; BUCKNER; KELLEY; PETERSEN, 1999).

O processo de memorização é complexo envolvendo sofisticadas reações químicas e circuitos interligados de neurônios e células da glia. Somente nas últimas décadas os pesquisadores começaram a estudar essas questões no nível molecular. O que surgiu desses estudos é uma teoria fascinante de como as células dentro do sistema nervoso central (SNC) se comunicam entre si durante o aprendizado, e como os neurônios, que são responsáveis, em última instância, por permitirem o aprendizado e a memória, realizam

¹ Mestre em Ciências Morfofuncionais pela Universidade de São Paulo – USP. Doutorando em Psicobiologia Fisiológica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Endereço: Avenida João da Escócia, nº 201, Condomínio Neo Ville, Bloco C, aptº 303, bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Brasil. e-mail: fauguzen@usp.br. Tel.: (84) 9147-3922.

² Graduada em Educação Física pela Universidade Paranaense – UNIPAR. Especialista em Docência

essas tarefas (ERK et al., 2003).

Luo (2001) relatou que no Brasil o Ginkgo biloba é considerado um dos produtos manipulados mais comercializados. As indicações mais comuns são o tratamento e a prevenção das condições relacionadas ao envelhecimento, em particular para melhorar a memória e as funções cognitivas correlatas.

O Ginkgo biloba é o suplemento mais popular utilizado para problemas de memória, consistindo a erva mais estudada do mundo, sendo que diversos estudos demonstraram os efeitos positivos que esta tem sobre os transtornos cognitivos (DRIEU, 1995; MIX; CREWS, 2000; WAROT et al., 2000).

Aspectos morfofisiológicos do aprendizado e da memória

O lobo temporal é uma porção do cérebro que apresenta um significativo envolvimento com a memória. Existem consideráveis evidências apontando esta região como sendo particularmente importante para armazenar eventos passados. O lobo temporal contém uma região denominada de neocórtex temporal, que pode ser a região potencialmente envolvida com a memória em longo prazo. Nessa região também existem grupos de estruturas interconectadas que exercem a função da memória para fatos e eventos (memória declarativa), entre elas está o hipocampo, as estruturas corticais circundando-o e as vias que conectam essas estruturas com outras partes do cérebro (BEAR; CONNORS; PARADISO, 1996a; BEAR; CONNORS; PARADISO, 1996b).

Os primeiros estudos consagrados na literatura se concentraram no papel do hipocampo para o aprendizado e a memória. As lesões do hipocampo impedem o surgimento de novas memórias de um tipo específico, o tipo de memória que utilizamos para aprender novos fatos ou eventos. Surpreendentemente, outros tipos de memória permanecem intactos (ENNACEUR; DELACOUR, 1988; CLARK; ZOLA; SQUIRE, 2000; BAKER; KIM, 2002).

A amígdala é um centro de estação do cérebro. Ela se comunica com o tálamo e com todos os sistemas sensoriais do córtex, através de suas extensas conexões. Os estímulos sensoriais vindos do meio externo como som, cheiro, sabor, visualização e sensação de objetos, são traduzidos em sinais elétricos na amígdala que está relacionada à memória, que depende de conexões entre a amígdala e o tálamo. Conexão entre a amígdala e hipotálamo, onde as respostas emocionais se originam, permitem que as emoções influenciem a aprendizagem, devido ao fato de ativar outras conexões da amígdala para as vias sensoriais (CAHILL et al., 1995; BEAR; CONNORS; PARADISO, 1996a; BEAR; CONNORS; PARADISO, 1996b).

O córtex pré-frontal exibe também um papel importante na resolução de problemas e planejamento do comportamento. Uma razão para se acreditar que o córtex pré-frontal esteja envolvido com a memória, é que ele está interconectado com o lobo temporal e o tálamo (FUSTER, 1973; CLAYTON; MARK, 2004).

Os núcleos da base também estão envolvidos na consolidação da memória, principalmente as memórias implícitas, que são memórias de procedimentos ou associativas em sua natureza e freqüentemente são adquiridas de forma inconsciente (BEAR; CONNORS; PARADISO, 1996a; BEAR; CONNORS; PARADISO, 1996b).

Para que ocorra a formação das memórias torna-se necessário modificações estruturais e funcionais nos neurônios e células da glia, processo este denominado plasticidade celular. Uma série de achados mostrou que o aprendizado necessita de alterações morfológicas em pontos especializados dos contatos neuronais, as sinapses. Estas se alteram com o aprendizado, com isso novas sinapses são formadas e as antigas se fortalecem.

Esse fenômeno é observado em todas as regiões do cérebro (BEAR; CONNORS; PARADISO, 1996a). Além disso, a ativação de proteínas transdutoras como a proteína quinase, ativada por mitógenos e por mediadores químicos, torna-se fundamental para que ocorra a sinalização intracelular

(ATKINS et al., 1998; ROBERSON; ENGLISH; ADAMS, 1999; BAKER; KIM, 2002). Com isso, a proteína quinase reguladora de sinais extracelular é utilizada em todas as regiões cerebrais em que a plasticidade celular ocorre e a sua ativação é requerida para a formação de novas memórias (ENGLISH; SWEATT, 1997).

Origem e constituintes químicos do Ginkgo biloba

O Ginkgo biloba é uma árvore descrita como um “fóssil vivo”. Nativa da Coreia, China e Japão, o Ginkgo biloba pertence à classe Gimnosperma e pode viver até 4 mil anos. Sua longevidade deve-se à grande capacidade de suportar insultos tóxicos e à resistência a infecções. Na farmacopéia chinesa encontram-se relatos da utilização de extratos das folhas de Ginkgo biloba para o tratamento das disfunções pulmonares, bem como para promover a longevidade (FOSTER; CHONGXI, 1992).

É relatado que o Ginkgo biloba, contém porcentagens específicas de glicosídeos de ginkgoflavonas (24%) e terpenóides (6%). Os terpenóides incluem os bilobalídeos e os ginkgolídeos A, B, C, M e J. Os ginkgolídeos são antagonistas de fatores ativadores de plaquetas, os quais possuem diversos efeitos biológicos. Os flavonóides agem como antioxidantes combatendo os radicais livres, reduzem a peroxidação lipídica da membrana celular e o edema. Os flavonóides protegem os neurônios contra estresse oxidativo induzido pela peroxidação. Além disso, são relatados as proantocianidinas e os ácidos orgânicos (DRIEU, 1988; OYAMA et al., 1994; BLUMENTHAL, 1998; BLUMENTHAL, 2000; DENG et al., 2008; XIE et al., 2008).

É descrito que o extrato 761 do Ginkgo biloba, que contém grande porcentagem das substâncias químicas mencionadas anteriormente é o responsável pela eficácia no tratamento das desordens de origem multifatorial. Subfrações ou vários constituintes químicos do extrato 761 apresentam diversos alvos em diferentes órgãos e tecidos do organismo (DEFEUDIS,

1991).

Papel Funcional do Ginkgo biloba no Aprendizado e Memória

O mecanismo celular do Ginkgo biloba não é bem claro, visto que este composto possui múltiplos efeitos, o que pode ser atribuído aos diferentes componentes do extrato, no qual pode agir independentemente ou sinergicamente.

É descrito que o Ginkgo biloba regula o tônus e a elasticidade dos vasos sanguíneos contribuindo, deste modo, para uma melhor eficácia na fluidez do sangue no sistema vascular (JUNG; MROWIETZ; KIESEWETTER, 1990; CALAPAI; CAPUTI, 2007).

Luo (2001) relata que a substância química ginkgolídeo B é antagonista do receptor do fator ativador de plaquetas, daí suas propriedades de antiagregação plaquetária. Além disso, experimentos consagrados demonstram que o extrato de Ginkgo biloba melhora o fluido e decresce a deformidade da membrana da célula neuronal, que pode ser alterada pelo avanço da idade e diversas situações patológicas (RAMASSAMY; BASTIANETTO; KRZWKOWSKI, 1998; HOYER et al., 1999).

O Ginkgo biloba aumenta a regulação da expressão do gene ND1 mitocondrial, na qual é crucial para a demanda de energia para os neurônios, sendo fundamental para prevenir disfunções que acometam a integridade funcional da mitocôndria, como é o caso do avanço da idade e diversas desordens neuro-degenerativas, tal como a doença de Parkinson, de Huntington e a de Alzheimer (TENDI et al., 2002).

Segundo Luo (2001) relatou, que o extrato de Ginkgo biloba 761 mostrou-se capaz de inibir a formação e a agregação de b-amiloide em células de neuroblastoma geneticamente modificadas expressando duplamente as mutações APP695 e PS1, dessa forma, o Ginkgo biloba possui efeito reprodutível no tratamento da doença de Alzheimer.

Experimentos mostram que os bilobalídeos protegem neurônios contra o estresse oxidativo e bloqueiam mecanismos de

apoptose celular em seus estágios iniciais, atenuando os efeitos da caspase-3, Bax, p53 e c-Myc em células PC12 expostas a estímulos proapoptóticos (ZHOU; ZHU, 2000). Além disso, o antagonismo dos bilobalídeos sobre a sinalização do fator ativador de plaquetas também inibe as cascatas apoptóticas dependentes da ativação da proteína quinase C, guardando semelhanças com a ação do fator de crescimento neuronal (LUO, 2001).

Diversos pesquisadores demonstraram que o Ginkgo biloba possui ação antioxidante, que ajuda a retardar o processo de envelhecimento (LEBUISSON; LEROY; RIGAL, 1986; LANTHONY; COSSON, 1988; FERRANDINI; DROY-LEFAIX; CHRISTEN, 1993; MAHADEVAN; PARK, 2008).

Extratos de Ginkgo biloba têm demonstrado ação em muitos órgãos, tal como a diminuição da neovascularização retiniana seguida de injúria (BAUDOUIN et al., 1992).

O Ginkgo biloba também tem sido utilizado nos distúrbios de vertigem, zumbido, disfunção erétil, doença de altitude e infartos (MILLER, 1998; BRUMLEY, 2000; ANG-LEE; MOSS; YUAN, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda vez que nós aprendemos algo novo ou adquirimos alguma experiência, as células nervosas sofrem uma alteração, na qual refletirá em nosso comportamento. As alterações celulares morfo-lógicas e químicas decorrentes da aprendizagem e memória são denominadas de plasticidade (BEAR, CONNORS; PARADISO, 1996a).

Sabe-se que, a ação combinada dos diferentes princípios ativos presentes no extrato do Ginkgo biloba promove o incremento do suprimento sanguíneo cerebral pela vasodilatação e redução da viscosidade do sangue, além de reduzir a densidade de radicais livres nos tecidos

GINKGO BILOBA AND ITS EFFECTS ON TREATMENT OF COGNITIVE DISORDERS RELATED TO NERVOUS SYSTEMS (MILLER, 1998; BRUMLEY, 2000; LEARNING AND MEMORY

ABSTRACT

Ginkgo biloba extract is largely prescribed in many countries for the treatment of ageing and cognitive-related problems, and have long been used in China as a alternative therapy for various disorders of health. Ginkgo biloba is a plant used to alleviate symptoms associated with the decreased memory performance, concentration and decreased alertness. Moreover, Ginkgo biloba is currently used as symptomatic treatment for cerebral insufficiency that occurs during normal ageing or which may be due to degenerative dementia and vascular or mixed forms of both. Pharmacologic studies have shown that the therapeutic effect of Ginkgo biloba is due to the presence of various constituents active constituents with vasoactive and antioxidants to combat the deleterious effects of free radicals. Studies show that Ginkgo biloba has no effect on cognitive function and that this drug has efficacy and few adverse effects.

REFERÊNCIAS

ANG-LEE, M. K.; MOSS, J.; YUAN, C. Herbal medicines and perioperative care. *Jama*, n. 286, 2001.

ATKINS, C.M. et al. The MAP kinase cascade is required for mammalian associated learning. *Nature Neurosci*, n. 1, 1998.

BAKER, K.B; KIM, J.J. Hippocampal plasticity and recognition memory. *Learn Mem*, n. 9,

2002.

BAUDOUIN, C. et al. Effects of ginkgo biloba extracts in a model of tractional retinal displacement. *Lens Eye Toxic Res*, n. 9, 1992.

BAUER, B.A. Herbal therapy: what a clinician needs to know to counsel patients effectively. *Mayo Clin Proc*, n. 75, 2000.

BEAR, M.F.; CONNORS, B.W; PARADISO, M.A.

- Neuroscience. Exploring the brain. In: Memory Systems, 1996a.
- _____. Structure of the nervous system. In: Neuroscience. Exploring the brain. In: Memory Systems, 1996b.
- BELANOFF, J.K. et al. Corticosteroids and cognition. *J Psychiatr Res*, n. 35, 2001.
- BIRKS, J.; GRIMLEY, E.V.; VAN DONGEN, M. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia (Cochrane review). In: Cochrane library. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 4, 2002.
- BLUMENTHAL, M. German Federal Institute for drugs and medical devices. Commission E. The complete German Commission E monographs: therapeutic guide to herbal medicines. Austin, Tex.: American Botanical Council, 1998.
- _____. Herbal medicine: expanded commission E monographs. Newton, Mass.: Integrative Medicine Communications, 2000.
- BRUMLEY, C. Herbs and the perioperative patient. *AORN Journal*, n. 72, 2000.
- BUCKNER, R. L.; KELLEY, W. M.; PETERSEN, S. E. Frontal cortex contributes to human memory formation. *Nature Neuroscience*, n. 2, 1999.
- CAHILL, L. et al. The amygdala and emotional memory. *Nature*, n. 377, 1995.
- CALAPAI, G; CAPUTI, A.P. Herbal medicines: can we do without pharmacologist? *Evid Based Complement Alternat Med.*, 2007.
- CLARK, R.E.; ZOLA, S.M.; SQUIRE, L.R. Impaired recognition memory in rats after damage to the hippocampus. *Journal Neuroscience*, n. 20, 2000.
- CLAYTON, E.C.; MARK, D. The effects of prefrontal lesions on working memory performance and theory. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, n. 4, 2004.
- CORKIN, S. et al. Medial temporal lobe lesion: findings from magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience*, n. 17, 1997.
- DEFEUDIS, F.V. Ginkgo biloba extract (Egb 761): pharmacological activities and clinical applications. Paris: Elsevier, 1991.
- DENG, Y. et al. Induction of cytochrome P450s by terpenic trilactones and flavonoids of the Ginkgo biloba extract Egb 761 in rats. *Xenobiotica.*, n. 38, v. 5, 2008.
- DRIEU, K. Ginkgo biloba: recent results in pharmacology and clinic (E. W. Funfgeld, Ed.). Berlin: Springer-Verlag, 1988.
- _____. Preparation and definition of Ginkgo biloba extract. *Rokan (Ginkgo biloba): Recent results in pharmacology and clinic*. Funfgeld EW, ed. Berlin: Springer-Verlag, 1995.
- ENGLISH, J.D; SWEATT, J.D. A requirement for the mitogen-activated protein kinase cascade in hippocampal long-term potentiation. *J Biol Chem*, n. 272, 1997.
- ENNACEUR, A.; DELACOUR, J. A new one-trial test for neurobiological studies of memory in rats. 1: Behavioral data. *Behav Brain Res*, n. 31, 1998.
- ERK, S. et al. Emotional context modulates subsequent memory effect. *Neuroimage*, n. 18, 2003.
- FERRANDINI, C.; DROY-LEFAIX, M.T; CHRISTEN, Y. Ginkgo biloba extract (Egb 761) as a free radical scavenger. Paris: Elsevier, 1993.
- FOSTER, S.; CHONGXI, Y. *Herbal Emissaries*. Rochester, Vermont: Healing Arts Press, 1992.
- FUSTER, J.M. Unit activity in prefrontal cortex during delayed-response performance: neuronal correlates of transient memory. *Journal of Neurophysiology*, 1973.
- HOYER, S. et al. Damaged neuronal energy metabolism and behavior are improved by Ginkgo biloba extract (Egb 761). *J Neural Transm*, n. 31, 1999.
- JUNG, F.; MROWIETZ, C.; KIESEWETTER, H. Effect of Ginkgo biloba on fluidity of blood and peripheral microcirculation in volunteers. *Arzneimittelforschung*, n. 40, 1990.
- LANTHONY, P; COSSON, J.P. Evolution of color vision in diabetic retinopathy treated by extract of Ginkgo biloba. *J Fr Ophthalmol*, n. 11, 1988.
- LEBUISSON, D.A.; LEROY, L.; RIGAL, G. Treatment of senile macular degeneration with Ginkgo biloba extract. A preliminary double-blind, drug versus placebo study. *Presse Med*, n. 15, 1986.
- LUO, Y. Ginkgo biloba neuroprotection: therapeutic implications in Alzheimer's

disease. *J. Alzheimer Dis*, n. 3, 2001.

MAHADEVAN, S.; PARK, Y. Multifaceted therapeutic benefits of Ginkgo biloba L.: chemistry, efficacy, safety, and uses. *J Food Sci.*, n. 73, 2008.

MILLER, L.G. Herbal medicinals. Selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interaction. *Arch Intern Med*, n. 158, 1998.

MIX, J.A.; CREWS, W.D. An examination of the efficacy of Ginkgo biloba extract Egb761 on the neuropsychologic functioning of cognitively intact older adults. *J Altem Complement Med*, n. 6, 2000.

OYAMA Y. et al. Myricetin and quercetin, the flavonoid constituents of Ginkgo biloba extract, greatly reduce oxidative metabolism in both resting and Ca²⁺ loaded brain neurons. *Brain Res*, n. 653, 1994.

RAMASSAMY, C.; BASTIANETTO, S.; KRZWKOWSKI, P. D. In: *Advances in Ginkgo*

biloba Extract (Egb 761): Lessons from Cell Biology. Paris: Elsevier, 1998.

ROBERSON, E.D.; ENGLISH, J.D.; ADAMS, J.P. The mitogen-activated protein kinase cascade couples PKA and PKC to CREB phosphorylation in area CA1 of hippocampus. *J Neurosci*, n. 19, 1999.

SELKOE, D.J. Alzheimer's Disease: Genes, Proteins, and Therapy. *Physiological Reviews*, n. 81, 2001.

TENDI, E.A. et al. Ginkgo biloba extracts Egb 761 and bilobalide increase NADH dehydrogenase mRNA level and mitochondrial respiratory control ratio in PC12 cells. *Neurochem Res*, n. 27, 2002.

WAROT, D. et al. "Comparative effects of Ginkgo biloba extracts on psychomotor performances and memory in healthy subjects" *Thérapie*, n. 46, 2000.

Artigo Original

INVESTIGAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA NEUROSSÍFILIS EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Bruno Moura Lacerda¹
Anna Flávia Campos Ferreira Silveira²
Tibério Cabral Gomes de Sousa³
Gíciane Carvalho⁴

RESUMO

A neurosífilis é caracterizada pelo acometimento do sistema nervoso central e definida como extensão da infecção pelo *Treponema pallidum*. Apresenta-se sob as formas sintomáticas e assintomáticas. Manifesta-se sob três formas: meníngea, meníngea e parenquimatosa. Estas podem apresentar quadros mistos e, portanto, desencadear sintomatologias diversas, em geral cursando com alterações do estado mental do paciente e, sobretudo, através de manifestações demenciais. Em decorrência da redução no número de infecção pelo *Treponema pallidum*, após o advento da penicilina, a neurosífilis deixou de ser encarada como patologia preocupante. Logo, muitos especialistas deixaram de pensar nesta enfermidade, contribuindo para diagnósticos equivocados e terapêuticas ineficazes, tratando apenas os sintomas ou evolução clínica do paciente. Entretanto, nas últimas décadas, tem-se verificado um recrudescimento da doença devido à revolução sexual, ao advento dos anticoncepcionais orais e ao tratamento inadequado das fases primárias da sífilis e pela falta de diagnóstico. A partir do exposto, e em detrimento da eminente semelhança entre os quadros apresentados pelos portadores de demência e apresentados pelos portadores de neurosífilis, o presente trabalho buscou investigar a existência de diagnóstico diferencial para neurosífilis em pacientes portadores de demência em um hospital psiquiátrico no município de João Pessoa entre os períodos de 1980 a 2006. Foi possível constatar que, no período investigado pelo estudo, não houve diagnóstico de neurosífilis e que 100% dos pacientes (16) eram portadores de demência, mas que, em sua totalidade, não apresentavam em seus prontuários a realização dos exames para diagnóstico diferencial da demência por invasão do sistema nervoso central pelos *Treponemas* das demências de outras etiologias. Os exames investigados, foram: o reflexo pupilar, VDRL e análise do líquido cefalorraquidiano. Desta maneira, foi comprovada a inoperância por parte de profissionais de saúde no diagnóstico diferencial para neurosífilis, naquela instituição, durante o período recortado pelo estudo.

Palavras-chave: Demência. Diagnóstico. Neurosífilis.

INTRODUÇÃO

¹ Farmacêutico-Bioquímico. Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – Famene. Contato: rua: Santos Coelho Neto, nº 495, Edifício: Vancouver, apartamento 101. Tel- 083 8730 83 93 E-mail: brunosmoura@hotmail.com .

² Estudante de medicina da Faculdade Ciências Médicas. Email: annaflavia_campos@hotmail.com

³ Estudante de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. E-mail: tibério_jpa@hotmail.com

No mundo inteiro, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) atingem milhões de pessoas. Os fatores contribuintes para este aumento resultam de mudanças observadas nas últimas décadas, sobretudo na estrutura familiar, com a liberalização dos costumes, passando as pessoas a valorizarem mais as relações afetivo-sexuais e encararem a sexualidade como um fator de satisfação; somado à interferência de fatores demográficos, tais como: o grande número de jovens sexualmente ativos, migração urbana com mudanças socioculturais, aumento do nível de prostituição, múltiplos parceiros sexuais, alta prevalência de resistência aos antimicrobianos, além da falta de acesso a serviços de saúde efetivos e confiáveis (DHALLIA, 2006).

Segundo Brook (2000), a sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada por um espiroqueta denominado *Treponema pallidum*. É transmitida, principalmente, por contato sexual e pela placenta da mãe para o feto, durante a gestação (sífilis congênita), mas também pode penetrar em mucosas íntegras ou epiderme. A infecção pelo *T. pallidum* apresenta três fases distintas.

A fase primária inicia-se por uma lesão localizada, conhecida como cancro duro, no local da invasão do *treponema*. Depois, esta lesão que envolve dentro de duas a dez semanas, surge a fase secundária da infecção, através de lesões que consistem em exantema maculopapular avermelhado em qualquer parte do corpo, envolvendo da mesma maneira que as lesões primárias de forma espontânea. Tanto as lesões primárias quanto as secundárias são altamente ricas em espiroquetas e, portanto, são estágios eminentemente contagiosos. Essas lesões podem aparecer entre três a cinco anos após a infecção (BROOK, 2000).

Subseqüentemente à fase secundária, os sintomas tornam-se subclínicos, apresentando teste sorológico positivo para sífilis, juntamente com o exame normal do LCR, indicando, desta forma, o diagnóstico de sífilis latente. Após o período de latência, o paciente pode desencadear o terceiro estágio da doença ou sífilis

tardia. Esse estágio é caracterizado por manifestações clínicas do tipo: sífilis terciária benigna, sífilis cardiovascular e neurosífilis (HARRISON, 2006).

A neurosífilis é caracterizada pelo acometimento do sistema nervoso central e definida como extensão da infecção pelo *Treponema pallidum*. Apresenta-se sob as formas assintomática e sintomática. A forma assintomática não pode ser identificada clinicamente e seu diagnóstico depende inteiramente de exames complementares, precedendo a sífilis sintomática e ocorrendo em 15% dos indivíduos afetados com sífilis latente. A forma sintomática apresenta-se sob a forma de três categorias: meningovascular, meníngea e parenquimatosa. Esta última inclui a tabes dorsalis e paresia geral, formas que acometem a medula espinhal e o cérebro, respectivamente (HARRISON, 2006).

Ainda, segundo Harrison (2006), todas as formas sintomáticas de neurosífilis, exceto a tabes dorsalis, apresentam alterações do estado mental do paciente, cursando, conco-mitantemente, com outras sintomatologias inerentes à cada forma da infecção no sistema nervoso central. Porém, tais formas podem apresentar quadros incompletos ou mesmo mistos, como observados com mais frequência entre tabes dorsalis e paresia geral (COTRAN 1996).

A incidência da neurosífilis na população em geral decaiu muito com o advento da penicilina. A frequência de internação por neurosífilis em hospitais psiquiátricos caiu de 5,9 casos em cada 100.000 habitantes, em 1942, para 0,1 casos para cada 100.000, em 1965 (PROENÇA, 2006).

Em decorrência da redução no número de infecções, a neurosífilis deixou de ser encarada como patologia preocupante, pois tal enfermidade apresentava-se com índices em declínio acentuado, com causa definida da patologia e tratamento apropriado para os pacientes. Logo, muitos especialistas deixaram de pensar nesta enfermidade, contribuindo para diagnósticos equivocados e terapêuticas ineficazes, tratando apenas os sintomas ou evolução clínica do paciente.

Entretanto, nas últimas décadas,

tem-se verificado um recrudescimento da incidência da doença, devido também à revolução sexual, ao advento dos anticoncepcionais orais, ao tratamento inadequado das formas primárias e à falta de diagnóstico. Além desses fatores, à associação ao vírus HIV pode acelerar o curso da doença e alterar as respostas ao tratamento.

Atualmente, calcula-se que cerca de 10% dos pacientes com sífilis inicial não tratada evoluirão para neurosífilis (GASTAL, 1999). Com o aumento dos casos de HIV e a reincidentia da infecção pela sífilis, os casos de neurosífilis apresentam-se, mais uma vez, em evidência, sobretudo as manifestações demenciais decorrentes da infecção tardia. Neste particular, conforme estudo realizado por Vargas et al. (2000), a neurosífilis deve fazer parte do diagnóstico diferencial de todo paciente com deteriorização cognitiva e alterações de comportamento em hospitais psiquiátricos.

Tendo em vista o recrudescimento da sífilis atualmente, este trabalho torna-se relevante devido à possível negligência dos profissionais de saúde no diagnóstico diferencial em pacientes dementes portadores de neurosífilis em hospitais psiquiátricos.

Objetivo geral

- Averiguar a realização do diagnóstico diferencial da neurosífilis com as doenças demenciais de outras etiologias em um Hospital Psiquiátrico do município de João Pessoa.

Objetivos Específicos

- Identificar os métodos utilizados para diagnosticar as doenças demenciais.
- Identificar o uso do VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e do reflexo pupilar como instrumentos de diagnóstico diferencial para neurosífilis.
- Detectar o índice de pacientes acometidos pela neurosífilis no

período dos últimos vinte e seis anos.

Doenças demenciais e o diagnóstico diferencial da neurosífilis

Segundo Ballone (2006), a demência é um conjunto de sintomas caracterizados por uma lenta e progressiva perda de funções mentais devidos a lesões ou destruições graduais do sistema nervoso central, envolvendo especialmente o cérebro humano, comprometendo funções mentais, como: raciocínio, memória, razão e planejamento. Atualmente existem mais de 50 tipos de demências. Estas se apresentam englobadas em dois grandes grupos: as demências irreversíveis e as reversíveis.

As demências irreversíveis ou incuráveis representam 80 a 90% de todas as demências e apresentam várias causas, sendo as mais comuns às demências do tipo Alzheimer (DTA) e doença cerebrovascular ou demência vascular. As do grupo reversíveis ou curáveis também apresentam etiologias diversas, como: alterações metabólicas, deficiências nutricionais, intoxicações, infecções, além de outras etiologias. Mesmo sendo causas raras de demência, representando cerca de 10 a 20% de todas as demências, são importantes do ponto de vista do diagnóstico, pois o tratamento adequado pode reverter o declínio cognitivo. É fundamental que essas demências sejam prontamente diagnosticadas e tratadas, pois à medida que o tempo passa, o potencial de recuperação diminui e estas acabam por se tornarem irreversíveis (NETO, 2006).

Conforme estudo realizado por Vargas et al (2000), a neurosífilis deve fazer parte do diagnóstico diferencial de todo paciente com deteriorização cognitiva e alterações de comportamento em hospitais psiquiátricos. O diagnóstico deve ser feito para que a neurosífilis não seja confundida com outras patologias com quadro clínico semelhante, fadando o paciente à progressão e agravos da doença.

Segundo Simon (2006), os profissionais da área devem apresentar maior atenção para este diagnóstico diferencial, principalmente em populações menos favorecidas socialmente.

Ainda, conforme Simon (2006), para um diagnóstico confiável do acometimento do sistema nervoso central pelos treponemas, o profissional deve basear-se em achados clínicos e laboratoriais.

Conforme Cotran (1996), as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente neurosifilítico dependem, necessariamente, da área afetada pelo treponema. Tais manifestações podem ser bastante variadas, devido à apresentação de quadros incompletos ou mistos das formas que acometem o SNC, sobretudo a associação entre as formas parenquimatosas.

Para confirmação efetiva da neurosífilis, faz-se necessário a utilização de exames complementares. Tais exames são realizados laboratorialmente e compreendem testes sorológicos que podem ser: não treponêmicos ou inespecíficos e treponêmicos ou específicos, além de exame do líquido cefalorraquidiano – LCR (COTRAN, 1996).

Os testes não treponêmicos mais freqüentemente utilizados são o “Venereal Disease Research Laboratory” (VDRL) e o teste de reagina plasmática rápida (RPR). O exame de VDRL é um teste de floculação inespecífico, pois detecta substâncias lipóidais presentes tanto em treponemas quanto em outras bactérias. Testes mais específicos podem ser realizados e incluem o teste de anticorpo fluorescente treponêmico-absorvido (FTA-ABS), o ensaio de micro-hemaglutinação para anticorpos contra o *T. pallidum* (MHA-TP) e os testes treponêmicos de hemaglutinação para sífilis (HATTS) (MERCK, 2006).

Alguns pacientes com neurosífilis podem apresentar negatividade para o exame de VDRL, porém um exame específico pode detectar a presença sérica do treponema. Para diagnósticos neurosifilíticos mais seguros, os testes sorológicos não devem ser utilizados

isoladamente (MERCK, 2006).

Após detectadas reações sorológicas nos pacientes com sintomas neurais, indica-se o exame laboratorial de líquido cefalorraquidiano (LCR). Este teste detecta alterações na contagem de linfócitos e na dosagem de proteínas. Logo, o diagnóstico efetivo para neurosífilis é realizado de forma segura através da combinação de manifestações clínicas, positividade à prova sorológica e aumento da celularidade e proteínas no LCR (COTRAN, 1996).

METODOLOGIA

Para a elaboração do trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica, através de fontes, como: livros, sites na internet e artigos científicos, seguido de coleta de dados que se efetivou através de prontuários em um Hospital Psiquiátrico no município de João Pessoa – PB.

Tipo de estudo

É um estudo descritivo, pois, segundo Vergara (2000), a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza.

É um estudo exploratório, pois, de acordo com Gil (1991), esse tipo de pesquisa visa a proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

É, também, um estudo documental, pois, consoante Gil (1991), vale-se de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, e é retrospectivo, pois conforme Vitiello (1999) é devido ao fato de se analisar as consequências existentes de algo que já passou que não pode ser diretamente observado pelo pesquisador.

Local e período do estudo

O estudo foi realizado em um complexo psiquiátrico situado no município de João Pessoa – PB nos meses de dezembro de 2006

e janeiro de 2007.

População e amostra

A população foi constituída por prontuários pertencentes ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) da instituição em estudo, e a amostra, contabilizada em dezesseis casos, a partir da primeira, formada pelos prontuários a partir de 1980 até 2006 com diagnósticos de demência ou de neurosífilis.

Instrumento e coleta de dados

Para a coleta de dados nos prontuários acima mencionados, foi utilizado um formulário semi-estruturado que norteou a coleta dos dados necessários ao alcance dos objetivos propostos. Tal coleta se deu nos meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007 no turno diurno.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram processados à luz do método quantitativo, expressos através de gráficos e tabelas e analisados com base na literatura pertinente ao tema.

Considerações éticas

O presente estudo foi desenvolvido respeitando-se o preconizado pela lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades

Nova Esperança para apreciação ética. Ainda em obediências aos preceitos éticos, foi solicitada a autorização do diretor do complexo que serviu como local de estudo, mediante os esclarecimentos acerca dos objetivos almejados, bem como a apresentação de uma cópia do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Compuseram o grupo amostral do presente estudo 16 (dezesseis) prontuários pertencentes ao SAME da instituição selecionada como local de estudo, cuja seleção se deu a partir dos critérios já expressados nas considerações metodológicas.

Os dados coletados por meio do instrumento expresso em anexo permitiu inferir as informações a seguir:

No período proposto pelo estudo, foi possível constatar, que não houve diagnósticos de neurosífilis revelado no percentual de 0%. O grupo amostral foi composto em sua totalidade de prontuários com diagnósticos demenciais, expressado no percentual de 100%.

De acordo com os dados da Tabela 1, a faixa etária dos pacientes variou entre 53 a 95 anos. Foi observada uma prevalência de diagnósticos demenciais entre a faixa etária de 70 a 80 anos, revelado no percentual de (31,25%) e uma menor predominância entre a faixa etária de 50 a 60 anos, com percentual de (12,5%).

FAIXA ETÁRIA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
--------------	-----------------	-------------

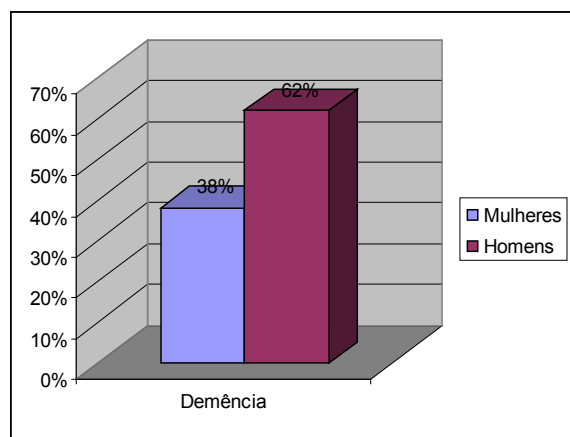


Gráfico 1. Distribuição de homens e mulheres diagnosticados com demência. João Pessoa, 2007.

50-60	02	12,50 %
60-70	03	18,75%
70-80	05	31,25%
80-90	03	18,75%
90-100	03	18,75%
TOTAL	16	100%

Tabela 1. Faixa etária dos pacientes com diagnóstico demencial. João Pessoa, 2007.

Os dados expressos corroboram com as informações da literatura pertinente ao tema, uma vez que as doenças demenciais apresentam prevalência em faixas etárias superiores a 60 anos. O mesmo ocorre com pacientes portadores de neurosífilis, pois o desencadeamento dos sintomas da doença podem revelar-se, até trinta anos, após a lesão sífilítica inicial.

Conforme ilustra o Gráfico 1, houve pre-domínio do sexo masculino para o diagnóstico de demência, revelado no percentual de 62%. O sexo feminino apresentou percentual inferior, representando 38%.

Os dados expressados vão contra ao estudo realizado por Lopes e Bottino (2002) sobre a prevalência de demência em diversas regiões do mundo, onde foram avaliados 38 artigos, originários de todos os continentes e constatou-se que 75% dos portadores de demência eram do sexo feminino.

No tocante à solicitação de VDRL e do exame do reflexo pupilar, dentre os (100%) dos prontuários investigados não houve (0%) solicitação dos referidos exames para a investigação diagnóstica dos pacientes envolvidos no estudo, de modo que em 100% da amostra inexistia registro destes resultados.

Em relação aos exames requeridos pelos profissionais da área médica para a confirmação do diagnóstico de demência, o único realizado em todos os pacientes foi o exame mental. Houve também a solicitação simultânea de outros exames, como: os exames complementares (hemograma completo e ECG), exame físico e neurológico. Contudo, os exames do reflexo pupilar e do VDRL não foram solicitados por nenhum dos profissionais de saúde.

Em relação aos sintomas apresentados pelos pacientes diagnosticados com demência, em sua maioria, eram trazidos por familiares. Estes declaravam que o enfermo apresentava algumas características, como: humor exaltado, crises de choro, delírios, distúrbios de comportamento, desorientação no tempo e espaço, agressividade, deambulação excessiva, insônia, agitação psicomotora, alucinação auditiva e visual, idéias delirantes de grandeza, conversa incoerente, tentativas de suicídio, solilóquio, conduta anti-social, deambulava despido, descuido no asseio corporal, periculosidade. O indivíduo demente apresenta várias dessas características supracitadas devido à demência ser considerada uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais físicos e sintomas que, segundo Ballone (2006), decorrem da destruição ou de lesões graduais que acometem o sistema nervoso central, comprometendo funções mentais como raciocínio, memória, razão e planejamento.

Entretanto, em um estudo realizado por Vargas et al. (2000) sobre a evolução clínica de um paciente neurosífilítico do sexo masculino, com 57 anos de idade, foi possível observar eminente semelhança ao quadro sintomatológico apresentado pelos prontuários pesquisados descrito anteriormente.

Em seu estudo, Vargas et al (2000) relatou que o quadro exibido pelo paciente se iniciou através de sintomas como: ansiedade, ciúmes e reação de heteroagressividade sem propósito aparente. Em seguida o quadro evoluiu de forma progressiva e o paciente começou a ter dificuldades em realizar suas atividades laborais e rotina de cuidados pessoais além de apresentar choro e riso sem motivos, perda de memória, sobretudo para fatos recentes e dificuldade em se expressar. Evoluiu com delírios, alucinações auditivas e visuais, comportamentos inapropriados, irritabilidade aumentada, hiperatividade, insônia, agitação psicomotora e obstipação intestinal.

No tocante ao exame físico exibido pelo estudo, no momento da admissão, revelou um paciente alerta, confabulando e com alentejamento da fluência verbal e

importante déficit de atenção. O restante do exame físico não mostrou alterações, exceto as pupilas que estavam simétricas e não reativas à luz. Após o exame clínico, foram solicitados exames complementares, como os exames de VDRL e do líquido cefalorraquidiano, em que ambos apresentaram alterações, confirmando o diagnóstico.

Considerando os sintomas apresentados pelos portadores de demência e a evolução do quadro mencionado

por Vargas et al. (2000) de um paciente

neurossifilítico, evidencia-se a importância dos exames clínicos e laboratoriais para o estabelecimento do diagnóstico de neurosífilis, uma vez que o quadro clínico de ambos os casos são análogos.

changes in the mental status of the patient and, above all, through demonstrations of dementia. Due to the reduction in infection by *Treponema pallidum*, after the advent of penicillin, neurosyphilis is no longer regarded as a disease of concern. Therefore, many experts no longer think about this disease, contributing to misdiagnosis and ineffective treatment, treating only the symptoms or

clinical outcome. However, in recent decades, there has been a worsening of the disease because of

the sexual revolution, the advent of oral contraceptives and inadequate treatment of the primary stages of syphilis and the lack of diagnosis. From the foregoing and to the detriment of prominent

similarities between the tables produced by people with dementia and presented by patients with neurosyphilis, this study investigated the existence of differential diagnosis of neurosyphilis in

as portadores de demência foram em sua totalidade diagnosticados através do exame mental. Alguns deles foram submetidos, também, a exames complementares, como o hemograma completo e o ECG e ao exame físico, os

quais contribuem apenas para a análise de estado orgânico dos pacientes. Apenas

dois prontuários apresentaram registro de realização de exame neurológico, apesar destes não explicarem que tipo de avaliação foi procedida e quais os resultados obtidos, estando disponível apenas o laudo de positivo.

Nesses pacientes, não houve realização do exame do reflexo pupilar e nem dos exames complementares específicos para a neurosífilis, como: VDRL e a análise do líquido cefalorraquidiano, comprovando, assim, a inoperância por parte dos profissionais de saúde no diagnóstico diferencial para neurosífilis naquela instituição, durante o período recortado pelo presente estudo.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G.J. Demências. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 18 out. 2006.

BROOK, G. F. et al. Microbiologia médica. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

COTRAN, R. S. et al. Patologia estrutural e funcional. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

DHALIA, C. et al. Doenças sexualmente

transmissíveis: AIDS. Disponível em: <<http://www.cic.unb.br/docentes/fatima/imi/imi200/r/Inicio/DST/indice.htm>>. Acesso: em 06 out. 2006.

GASTAL, E. et al. Tratamento etiológico em psiquiatria: o modelo da neurosífilis. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n.1, São Paulo, 1999.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

HARRISON, Tratado de medicina interna. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Arquivos de Neuro-Psiquiatria., v. 60, n. 1, São Paulo 2002. □

MERCK. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.msdbrazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec17_189.html>. Acesso em: 20 set. 2006.

GALLUCC, N.T et al. Diagnóstico diferencial das

Artigo Original

INFECÇÃO HOSPITALAR: CONHECIMENTO E ATITUDES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DURANTE OS ESTÁGIOS CURRICULARES

Patrícia Costa Lima¹
Iolanda Beserra da Costa Santos²

RESUMO

Infecção hospitalar é qualquer contaminação contraída no hospital ou após a alta, quando relacionada com a internação. Este trabalho teve como objetivos: descrever a caracterização sociodemográfica dos discentes; investigar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem da Faculdade Nova Esperança sobre infecção hospitalar; averiguar o que os discentes realizam durante os estágios teóricos/ práticos como medidas preventivas para o controle de infecção e identificar os fatores impeditivos para a prática da prevenção da infecção. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de campo, com abordagem quanti-qualitativa, realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa-PB. A amostra foi composta por 37 discentes, sendo 5 do 5º período, 17 do 6º e 15 do 7º período. O instrumento usado foi um questionário de entrevista. A coleta dos dados realizou-se entre agosto/setembro de 2008. Foi levada em consideração a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96. Os resultados revelaram: a idade de predomínio foi de 20 a 30 anos 81,1%; as solteiras prevaleceram 51,37%; a renda familiar de 1 a 10 salários 59,5%; a procedência 67,6% de João Pessoa PB; o catolicismo prevaleceu, 62,1%. A medida preventiva usada foi a lavagem das mãos 17,7%. Entre os fatores impeditivos estavam: a falta de EPI para todos os funcionários 9,9%. Nos discursos, mencionou-se: a infecção relacionada ao hospital e depois de 48 horas de internação; ao profissional por falta de cuidados de higiene, falta de consciência e treinamento em serviço; relacionada a um setor de internação e aos microrganismos. No tocante à prevenção, enfatizou-se: relacionada ao paciente, à proteção da equipe e do ambiente. Conclui-se mostrando que os discentes demonstraram conhecimento das medidas preventivas e encontram alguns fatores impeditivos na prática hospitalar para realização das mesmas.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Acadêmico de enfermagem. Hospital.

INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar, diferentemente de outras doenças infecciosas, é causada por agentes múltiplos, mesmo por saprófitas. A forma de disseminação é muito variável, e o ser humano é a sua principal fonte de disseminação. A epidemiologia depende do agente infeccioso e as formas de prevenção, mas está sujeita a outros fatores técnicos, como: a falta de precauções e isolamentos, principalmente de um fator muito simples e básico na prática diária do hospital que é a higiene das mãos antes e após examinar os pacientes. A dificuldade do controle das infecções hospitalares é que nem todos os profissionais, que atendem os pacientes têm essa consciência durante o cuidado (LEÃO, 2006).

A ocorrência de uma infecção hospitalar não indica, necessariamente, que o hospital ou sua equipe tenha cometido um erro na assistência prestada ao paciente.

¹ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. End: Rua Bel. Irenaldo de Albuquerque Chaves, 201, ap. 500, Aeroclub. Cep: 58036-460. Tel: (83) 8835-86666. E-mail: patriciacosta5@hotmail.com

A responsabilidade médico-legal com relação à mesma ocorre quando se pode demonstrar que os médicos ou a equipe hospitalar foram negligentes quanto ao cumprimento dos padrões apropriados de tratamento, e que uma infecção resultou de desempenho incompatível com os padrões vigentes na instituição (WEY; MEDEIROS, 2004).

Conforme Lima et al. (1987), a infecção hospitalar aplica-se a todo processo infeccioso que aparece durante o período de internação do paciente, e mesmo após sua alta, quando estiver correlacionada com a hospitalização.

Assim, esta pesquisa objetiva: descrever a caracterização sociodemográfica dos discentes; investigar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem da Faculdade Nova Esperança sobre infecção hospitalar; averiguar o que os discentes de enfermagem realizam durante os estágios teóricos e práticos como medidas preventivas para o controle de infecção hospitalar; identificar, junto aos acadêmicos, os fatores impeditivos para a prática da prevenção da infecção hospitalar.

As pesquisas mais aprofundadas sobre infecções hospitalares tiveram início no século XVIII. Apesar de ter surgido no período medieval, época em que foram criadas instituições para alojar pessoas doentes, até os dias atuais se enfrenta esse problema. A partir daquele século, as primeiras práticas de controle de infecções só foram surgir com a transformação dos hospitais, de um local de assistência aos pobres, onde as pessoas eram internadas para morrer, para um local de cura e de medicalização, na emergência do capitalismo, quando se começou a valorizar o corpo humano como objeto potencial de trabalho (MUCHAIL, 1985).

As diretrizes para o controle das infecções no Brasil são recentes, mas, para os demais países desenvolvidos já é fato muito antigo. Em virtude de minimizar a incidência das infecções e das taxas de mortalidade, os hospitais ganharam recuperações sociais, econômicas e legais (WEY; MEDEIROS; 2004).

Em 12 de maio 1987, foi criada

a Comissão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (CIH) objetivando assegurar definições de estratégias técnico-operacionais no CIH. Foi publicado pela portaria n.º 232 o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH), que foi transformado, em 1990, através da portaria n.º 666, de 17 de maio de 1990, numa divisão de CIH (LACERDA, 2003). Nessa mesma década, o Ministério da Saúde revoga a Portaria 196/83 e edita a n.º 930, de 27 de agosto de 1992, normalizando a criação do SCIH, que descreve:

Deverá ser integrado por profissionais e técnicos lotados no hospital, compreendendo, pelo menos, um médico e um enfermeiro, pre-ferentemente com formação epidemiológica, para cada 200 leitos ou fração deste número. O período de trabalho do médico e do enfermeiro no serviço será, no mínimo, de quatro a seis horas diário, respectivamente, exigindo da última lotação exclusiva no SCIH (WEY; MEDEIROS, 2004, p 768).

Em maio de 1998 o Ministério da Saúde Publica publicou no Diário Oficial da União a Portaria de n.º. 2.616 em vigor, que regulamenta e norteia as ações do controle de infecção hospitalar no país. A mesma portaria revoga a de n.º 930 de 1992, estabelecendo uma regulamentação mais estruturada, exigindo mais dos profissionais da saúde, onde realizaram cursos com especialidades voltada ao CCIH, com o objetivo de implantar, implementar e manter o programa de controle de infecção hospitalar, entre outras funções (BRASIL, 1998; LACERDA, 2003).

A profissão da enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde eram instintivas e foram as primeiras formas de prestação de cuidados. (GEOVANINI et al., 2002).

De acordo com Silva (1989), a história da enfermagem pode ser situada em antes, durante e depois da Idade Média. A autora afirma que antes deste período, a prática era desenvolvida pelas mulheres nas sociedades "primitivas", pelos escravos,

sacerdotes e também por mulheres na sociedade grega. Nos tempos primitivos, a concepção de saúde/doença estava muito mais ligada ao sobrenatural (GUELER et al., 1999).

Nightingale, apesar de não acreditar na disseminação de microrganismos por não ter conhecimento deste, confiava no cuidado da enfermagem com a limpeza do ambiente e do pessoal doente, recomendava ar fresco e boa iluminação, quartos e paredes com temperatura adequada e sem ruído, a roupa da cama com boa higienização, a nutrição e o repouso era de grande valia para a manutenção do vigor do paciente para se curar (GEORGE, 2000).

Com a guerra da Criméia, percebeu-se a necessidade de colocar a higiene como prioridade nos hospitais militares, e Florence percebeu isso cedo. (CASTIGLIONI, 1947 apud GEOVANINI et al., 2002).

As condições sanitárias [...] eram as piores possíveis [...]. Por causa disso, a taxa de mortalidade estava em torno de 40%. Florence começou a organizar a cozinha e a lavanderia [...]. Em dois meses conseguiu colocar ordem no hospital, [...] em seis meses, ela havia reduzido a mortalidade a 2%. (OGUISSO, 2005, p. 74)

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta pesquisa tem caráter exploratório-descritiva, de campo, teve abordagem quanti-qualitativa, e foi desenvolvida na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, localizada no município de João Pessoa – PB. A amostra constituiu-se de 37 discentes, sendo cinco do 5º período dezessete do 6º e quinze do 7º. Teve como critério: o aluno deveria estar regularmente matriculado em um dos períodos propostos para a pesquisa; estar cursando as disciplinas Clínica e/ou Cirúrgica; encontrar-se na sala de aula durante a coleta de dados; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento utilizado foi um questionário padronizado, estruturado em duas partes. Na primeira, constaram os dados de identificação dos participantes, e na segunda, os inerentes ao conhecimento e

atitudes dos acadêmicos de enfermagem frente ao desafio da prevenção de infecção hospitalar. A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2008, através da aplicação dos questionários no momento das aulas teóricas, nos turnos manhã e tarde, após consentimento dos professores e liberação de um espaço para a realização da aplicação dos mesmos.

Os dados foram analisados a partir da utilização dos métodos quanti-qualitativos, apresentados em forma de tabelas, gráficos e quadros, confrontados teoricamente com autores referenciados no contexto da pesquisa, e discutidos conforme a técnica da estatística simples, que para Richardson (1999) é caracterizada pelo emprego da qualificação, tanto nas mobilidades de coleta de informação quanto no tratamento delas; estas são constituídas por meio de técnicas estatísticas, que vão desde as mais simples (percentual, média, desvio, ponderal) às mais complexas (coeficiente da regressão).

A respeito do método qualitativo, foi utilizado o proposto por Lefèvre; Lefèvre (2005), que consiste em uma estratégia metodológica diferente, visando a tornar mais claro um determinado perfil social, no qual é considerado um conjunto de representações que forma um dado imaginário.

Este processo de análise envolve as seguintes etapas: selecionar as expressões-chave de cada discurso particular, essas expressões devem revelar a essência do conteúdo discursivo; identificar a idéia central de cada expressão chave.

A idéia central pode ser separada em idéias semelhantes e complementares; reunir ainda as expressões-chave referentes essas idéias em um discurso síntese, que é o Discurso do Sujeito Coletivo. Foram levados em consideração os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96 CNS/MS, no art. II. (BRASIL, 1996), como a Resolução nº 311/2007 COFEN, que trata do Código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a identificação dos 37 acadêmicos de enfermagem foram utilizadas as seguintes variáveis: gênero, idade, estado civil, profissão, renda familiar, procedência e período de curso. Os achados estão apresentados em tabelas e gráficos e quadros, discutidos de acordo com a literatura pertinente.

A faixa etária encontrada de maior predomínio foi de 20 a 30 anos 81,1% e de 30 a 40 18,9%. A idade jovem desses estudantes se concretiza por um momento de transição, nessa fase da vida a pessoa se encontra cheio de esperança, estabilidade emocional, vigor físico, busca nos estudos o sucesso profissional, para futuramente atender seus anseios e suas necessidades financeiras e reconhecimento social.

Segundo Smeltzer e Bare (2002), essa faixa etária jovem é reconhecida pelas pessoas como realista em prol de valores próprios. Quanto ao gênero, constata-se que o feminino se destacou com 89,2% e o masculino com 10,8%.

Em se tratando do estado civil, as solteiras prevaleceram com 51,3%, as casadas com 45,9%; e as divorciada com 2,8%. Para a convivência a dois é necessário que o casal seja sábio em lidar com contradições e divergências, a saber: aceitação, cumplicidade, companheirismo, respeito, amizade, lealdade, compreensão, busca de firmeza nas atitudes, ver a pessoa como ser único e indivisível para se firmar no relacionamento, de forma construtiva e adequada. Cabral (1995) comenta que a Igreja definiu o casamento como “uma

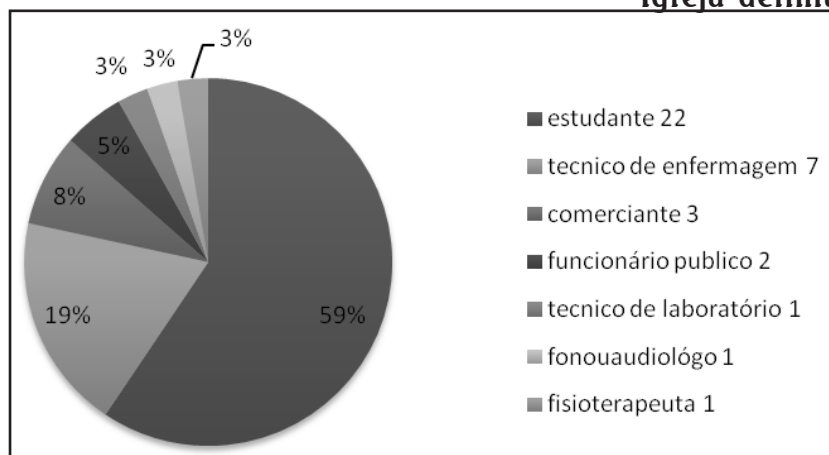


Gráfico 1 – Respostas dos acadêmicos de enfermagem sobre a profissão. João Pessoa, 2008.

Fonte: Pesquisa direta Facene, 2008.

Saupe et al., (2005) relatam que cada profissional de saúde deve buscar assegurar sua prática de forma apropriada, realizada promovendo ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto no nível individual, quanto coletivo. Além disso, esses devem exercer suas atividades com qualidade dentro dos princípios científicos e éticos (BRASIL,

Quando questionados sobre a procedência, a maioria, 67,6% pertence à capital João Pessoa; e 16,2% do sertão paraibano, isto decorre da proximidade da Faculdade com uma população maior e certamente por oferecer um ensino integral, diversificado e atualizado, com professores capacitados para tal exercício.

Tabela 1 – Respostas dos acadêmicos quanto à sua procedência. João Pessoa, 2008.

Procedência	Nº	%
João Pessoa – PB	25	67,6
Sertão Paraibano – PB	6	16,2
Agreste Paraibano – PB	2	5,4
Município de Pernambuco - PE	2	5,4
São Paulo – SP	1	2,7
Em branco	1	2,7
Total	37	100

Fonte: Pesquisa direta Facene, 2008.

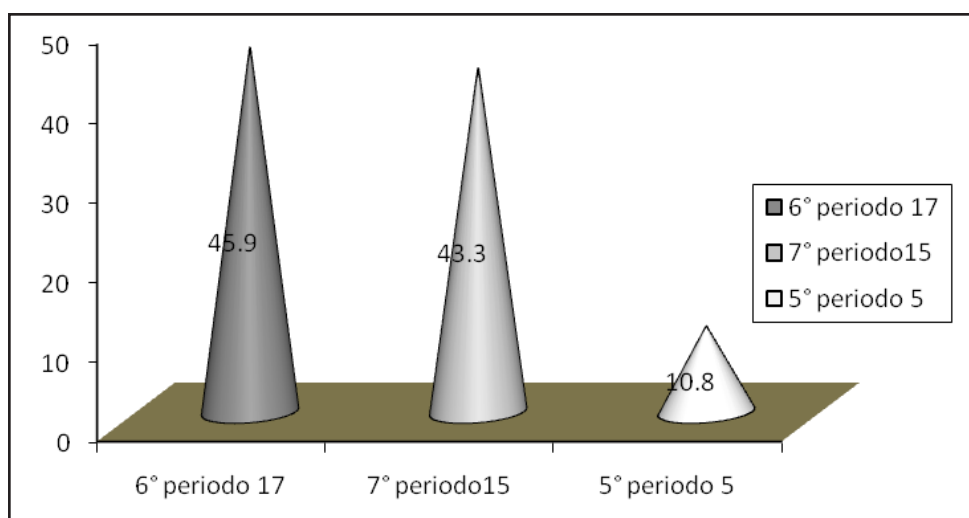


Gráfico 2 – Respostas dos acadêmicos de enfermagem sobre o período que estavam cursando. João Pessoa, 2008.

Fonte: Pesquisa direta Facene, 2008.

união consentida e abençoada por Deus, que confere ao mesmo tempo a indulgência ao ato sexual, mas, não o direito de praticá-lo sem a intenção de propiciar o bem”.

E os solteiros encontrados na pesquisa

estão certamente com dificuldades de conseguir um parceiro ideal, significativo para o relacionamento amoroso e duradouro, ou mesmo por opção de cada um, já que muitos desses estudantes não possuem

Dados relativos ao conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente ao desafio do controle de infecção hospitalar

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Infecção relacionada ao ambiente do hospital e depois de 48 horas acontece de internação. forma	“[...] quando ocorre infecção no hospital complica o geral do paciente e pode até levar ao óbito.” “[...] durante a permanência no hospital.” “[...] afetam de negativa os hospitais.” “[...] causado por um ambiente não esterilizado.” “[...] é adquirida depois de 48 horas de internação de uma unidade hospitalar.” “[...] causada na porta de entrada do hospital.” “[...] infecção cruzada dentro do hospital.” “[...] toda patologia adquirida durante a internação hospitalar após 4 semanas.” “[...] após determinado período de internação.” “[...] processo de higiene inadequado do hospital.”
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Infecção relacionada ao profissional por profissionais.” falta de cuidados de higiene, consciência e treinamento em serviço.	“[...] problema e falta de responsabilidade dos “[...] causado por profissionais que são responsáveis pelos pacientes da unidade.” “[...] através das mãos dos

<p>profissionais.”</p>	
<p>Idéia central 3</p>	<p>“[...] falta de cuidados de higiene e consciência do profissional.” “[...] falta de cuidado por parte dos profissionais de saúde pode resultar em comprometimento das funções vitais do doente.” “[...] falta de conhecimento e treinamento de pessoal da saúde.” “[...] pode evitar a morte de profissionais e pacientes.” “[...] falta de cuidado por parte dos profissionais de saúde.”</p> <p>Discurso do Sujeito Coletivo</p>
<p>Infecção relacionada ao paciente quando o mesmo está acometido de determinada patologia dentro do hospital</p>	<p>“[...] infecção de um paciente para o outro por esterilizado.” “[...] pela baixa imunidade do paciente.”</p> <p>“[...]</p> <p>quando o paciente está acometido de determinada</p> <p>patologia</p> <p>dentro do hospital.” “[...] infecção cruzada de um paciente para paciente.” “[...] contaminação entre pacientes.” “[...] paciente interno por muito tempo no hospital.” “[...] paciente com patologia de base.” “[...] é algo errado com o paciente.” “[...] predisposição</p>
	<p>do indivíduo na unidade.” “[...] paciente ao adquirir a infecção fica mais difícil sua cura.” “[...] quando o paciente está acometido de determinada patologia dentro do hospital.”</p>
<p>Idéia central 4</p> <p>Infecção relacionada a um determinado é uma setor de internação no hospital. de</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p> <p>“[...] é no setor do ato cirúrgico a contaminação.” “[...] contaminação que compreende um setor após 72 horas internação.” “[...] ambientes do hospital livre de contaminação.” “[...] mau processo de esterilização e acondicionamento do material.”</p>
<p>Idéia central 5</p> <p>Infecção relacionada aos microrganismos</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p> <p>“[...] pode ser de microrganismo.” “[...] é ausência de</p>

ainda moradia independente e renda própria e adequada para seu sustento. Em relação aos divorciados, existe uma série de condições para tal situação, as diferenças, a falta de compreensão, falta de condições financeiras, são fatores fortíssimos para a renúncia de uma união conjugal (LINS, 2000).

Através do Gráfico 2 pode-se destacar que o 6º período predominou com 45,9% e

do 7º período com 43,3%. Nesses períodos, o conteúdo programático teórico já foi ministrado em sala de aula, e as turmas são divididas para vários hospitais, no intuito de prestarem cuidados aos doentes. Além dos hospitais, eles também realizam estágios nos centros de saúde e postos do Programa de Saúde da Família (PSF) conveniados com Faculdade.

Idéia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Prevenção de infecção relacionada ao paciente que se encontra no hospital. pacientes.”	<p>“[...] quando se faz técnicas corretas evita contaminação cruzada de paciente.” “[...] não provoca morte dos</p> <p>“[...] evita e diminui a piora do estado geral do paciente até a morte.” “[...] evita que o paciente saia do hospital com mais doença.” “[...] usa métodos e técnicas corretas no hospital para o cuidado do paciente.” “[...] conforto e bem-estar do paciente.” “[...] para não ocasionar agravo aos pacientes que já se encontra no hospital.” “[...] é importante para proteção na hospitalização do paciente.” “[...] cuidar da patologia presente no paciente.” “[...] previne o aparecimento de outra patologia.” “[...] evita possíveis complicações.” “[...] expõe o paciente a patologias resistentes.” “[...] proporciona recuperação do doente.” “[...] não causa comprometimento dos usuários de saúde e dos acompanhantes.” “[...] proporciona a segurança de todos e protege os pacientes.” “[...] previne seqüelas, até mesmo mortalidade.” “[...] evita o número de óbitos.” “[...] evita possíveis contaminações.”</p>
Idéia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Prevenção de infecção relacionada ao <u>reduz o</u> profissional da saúde e proteção da equipe. número de complicações e morte de pacientes.	<p>“[...] proteção de toda a equipe de profissionais.” “[...] importante tanto para equipe de enfermagem quanto para os pacientes.”</p>
Idéia Central 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Prevenção de infecção relacionada de <u>ao ambiente hospitalar.</u> patologia	<p>“[...] evita gastos desnecessários.” “[...] diminui o número de doenças e de pessoas infectadas.” “[...] previne a resistente no hospital e propagação de doenças.” “[...] é preciso um ambiente adequado e seguro para</p>

O Quadro 2 menciona a prevenção de infecções ligadas aos pacientes a equipe de profissionais e ao ambiente apesar das campanhas para a prevenção da infecção, existem ainda negligências de técnicas básicas de anti-sepsia, pelos profissionais das instituições. Inquestionavelmente, a inadequação das medidas de proteção

individual como: o uso de luvas, aventais, máscara e outros, têm sido exaustivamente reconhecidos e divulgados, ainda assim, se verifica a dificuldade de adesão dos profissionais conforme essas recomendações.

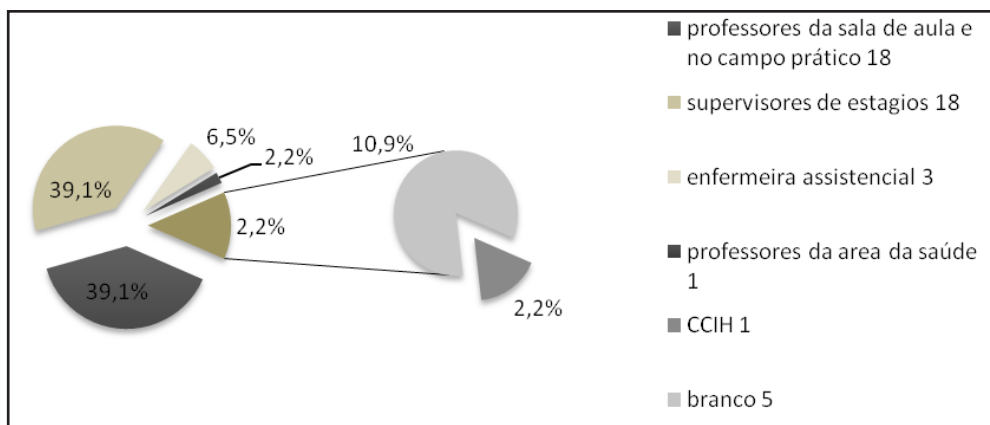


Gráfico 3 – Respostas sobre as informações recebidas de infecção hospitalar antes da realização dos estágios práticos. João Pessoa, 2008.
 Fonte: Pesquisa direta Facene, 2008.

Analizando os discursos dos discentes percebe-se que há uma correlação com a definição do MS sobre IH quando o doente desenvolve a mesma, desde que tenha relação com a internação ou com o procedimento hospitalar realizado. A infecção hospitalar exclui as infecções que estavam incubadas no momento da internação (WYITH, 2008). De acordo com Schaechter et al., (2002) as principais formas de contaminação no âmbito hospitalar é a transmissão aérea, pois a maioria dos microrganismos (bactéria, fungos, vírus) são muito leve e se encontram em superfícies ou secreções. Quando essas ressecam podem voltar à suspensão através

de correntes de ar, por agitação ou mesmo transportados passivamente por vetores, contaminando muitas vezes os pacientes.

Espera-se que durante a formação acadêmica o aluno seja preparado o suficiente para executar medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, para si e para a comunidade, podendo assim atuar de maneira consciente e transformadora da realidade concreta. A adesão às medidas de controle de infecção só se concretizam quando há compreensão de suas bases, sendo a educação um elemento fundamental neste processo (APECIH, 1998). A seguir

Tabela 2 – Resposta dos participantes sobre as medidas preventivas utilizadas para o controle da infecção hospitalar. João Pessoa, 2008.

Medidas preventivas (n = 209)	Nº	%
Lavagem das mãos	37	17,7
Usa técnicas assépticas nos procedimentos invasivos	35	16,7
Uso de EPI para atender o paciente com infecção hospitalar	31	14,8
Uso de luvas para manusear secreções	31	14,8
Colocar perfuro cortantes em local adequado	26	12,5
Desinfecção dos artigos	26	12,5
Desinfecção do ambiente	23	11,0
Total	209	100

n = Frequência ou ocorrência de respostas
 Fonte: Pesquisa direta Facene, 2008.

Tabela 3 – Respostas dos discentes referentes aos fatores impeditivos encontrados para prevenir a infecção. João Pessoa, 2008.

FATORES IMPEDITIVOS (n = 209)	Nº	%
Falta de EPI para todos os funcionários	27	9,9
Falta de limpeza adequada no hospital	23	8,4
Falta de notificação de casos suspeito de infecção	23	8,4
Falta de papel toalha para secar as mãos nas pias	21	7,8
Falta de material para procedimentos invasivos	21	7,8
Falta de CCIH atuante	20	7,3
Falta de sabão nas pias para lavagem das mãos	19	6,9
Falta de treinamento do pessoal da limpeza	19	6,9
Falta de testes biológicos para verificar a eficácia da esterilização	18	6,7
Falta de atualização por parte dos profissionais	15	5,6
Falta de recursos humanos	13	4,8
Falta de uso das roupas de ambiente restrito	11	4,0
Falta de dados epidemiológicos no hospital	9	3,4
Falta de precaução de isolamento	9	3,4
Falta de integração dos serviços	8	2,9
Falta de rotinas nos setores	7	2,5
Falta de antimicrobianos para debelar as bactérias	7	2,5
Falta de padronização das ações	2	0,8
Total	272	100

n = Frequência ou ocorrência de respostas (n = 209)

Fonte: Pesquisa direta Facene, 2008.

são apresentadas as medidas preventivas utilizadas pelos estudantes de enfermagem e os fatores impeditivos identificados.

De acordo com Blom; Lima (2002), a lavagem das mãos é a medida mais simples e importante na prevenção da infecção hospitalar (IH). Se for realizada corretamente, remove das mãos microrganismos adquiridos de forma transitória no contato com os pacientes. É uma conduta de baixo custo e de grande valor. Quando se previne a contaminação do meio, dificulta a cadeia epidemiológica das doenças infecciosas. Por isso, a assepsia, que consiste na utilização de procedimentos para impedir a chegada de microrganismos patogênicos a um meio asséptico, é meramente eficaz (SCARPITTA, 1997).

É importante a presença de pia para a higienização de mãos, com sabão, escova

para unhas, toalha descartável para secar as mãos e lixeira de pedal. Observamos que somente alguns serviços oferecem estrutura e condições adequadas para a higienização das mãos dos funcionários. É obrigatório a utilização de uniforme completo nas dependências do hospital e os EPIs, para proteção individual, contendo avental, gorro, máscara e sapato fechado. Essa é uma recomendação para todos os hospitais (PRADE et al., 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível identificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem da FACENE, sobre as medidas preventivas que os mesmos utilizam para minimizar o problema da infecção hospitalar, quando estão realizando seus estágios práticos.

Os resultados desta pesquisa fornecem uma visão geral dos acadêmicos de enfermagem sobre o tema estudado, e tem uma contribuição significativa para o ensino da graduação, pois estes achados servirão como fonte de consulta para os professores que ministram as disciplinas com enfoque

na prevenção de infecção hospitalar.

Fazendo uma correlação da literatura com as respostas qualitativas no discurso do sujeito coletivo, verifica-se que os principais fatores que levam o doente a contrair infecção hospitalar foram mencionados pelos discentes, como: aqueles relacionados ao ambiente, correspondendo a determinado setor, por ser insalubre, ao

HOSPITALIZATION INFECTION: KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF ACADEMIC NURSING CURRICULUM DURING THE STAGES IN HOSPITALS

ABSTRACT

Cross infection is any contamination which is contracted in the hospital after discharge, when related to hospitalization. This work has the goals of: document the characteristic and socio-demographic of the nursing students; investigating the academic knowledge of the nursing faculty of New Hope on Hospital Infection; find out what the students perform during the stages theoretical / practical and preventive measures to control infection among academics and identify the factors hindering for the practice of avoiding infection. This is an exploratory research descriptive approach the field with quantity - qualitative held at New Hope School of Nursing Joao Pessoa - PB. The sample consisted of 37 students, 5 of the 5th period, 17 of 6th and 15 of the 7th period. The instrument used was a questionnaire to interview. Data collection was held in August and September of 2008. They were taken into account the ethical aspects of research involving human beings, as the resolutions 196/96 and 311/2007. The findings are in quantitative charts and graphs, and qualitative as the Speech from collective subject advocated by Lefèvre and Lefèvre (2005). Results showed that age group was 20 to 40 years and predominance of 20 to 30 years 30 (81.1%), marital status, the single prevailed 19 (51.37%); family income of 1 found to ten minimum wages 22 (59.5%); origin 25 (67.6%), the city of Joao Pessoa; the option Religious Catholicism 23 (62.1%). The most cited preventive measure was washing hands 37 (17.7%). The factors hindering found in hospitals were the lack of PPE to all employees 27 (9.9%). In the Speech from collective subject were: infection related to the hospital and after 48 hours of admission; related to training, for lack of health care, awareness and training in service; related to a particular sector of hospital; related to microorganisms. With regard to prevention of infection the following stood out: related to the patient; the protection of staff and the hospital environment. It is showing that the students demonstrated knowledge of preventive measures for the prevention of infection and are some factors hindering the realization

aos profissionais e ao hospital. Os achados deste trabalho confirmam que os discentes de enfermagem que foram pesquisados estão preocupados com a problemática e ao mesmo tempo também expostos ao risco no ambiente hospitalar.

É preciso considerar que o discente de hoje é o reflexo do futuro profissional do amanhã. Em seu campo de atuação eles devem adotar uma postura inovadora quanto aos procedimentos invasivos a ser realizados de forma segura, sem risco para o doente que está à espera de uma prática de qualidade para sua recuperação. Por fim,

espera-se que esta pesquisa traga um novo olhar para o acadêmico de enfermagem e proporcione uma contribuição significativa para os docentes que ministram o assunto e que possa ser aplicada na prática o que foi encontrado.

REFERÊNCIAS

APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle Desinfecção Hospitalar. Orientações para controle de infecção em pessoal da área de saúde. São Paulo, 1998.

BLOM, B. C.; LIMA, S.L. Lavagem das mãos. In: Enciclopédia da saúde: infecção hospitalar. Rio de Janeiro: Medsi, 2002, v. 1.

BORGES, A. Pela valorização do salário mínimo. Disponível em: <<http://www.google.com.br>> Acesso em: 07 out.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas para a prevenção e controle de infecções hospitalares, esta revoga a Portaria nº 930. Diário Oficial da União. Brasília, 1998.

CABRAL, J. T. A sexualidade no mundo ocidental. São Paulo: Papirus, 1995.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução 311 de 12 de maio de 2007. Disponível em: <<http://www.bve.org.br/portal/materiais>>. Acesso em: 19 jun. 2007.

GEOVANINI, T. et al. História da enfermagem: versões e Interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro, Revinter, 2002.

GEORGE, J. B. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GUELLER, R. F. et al. Guia prático de enfermagem. São Paulo: Brasil, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese preliminar do censo

demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/p.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

LACERDA, R. A. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu, 2003.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: em novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEÃO, M. T. Check - list do controle de infecção hospitalar. Curitiba: Editora da Autora, 2006.

LIMA, D. P. et al. Infecções hospitalares. Medicina prática K, 51-52, 1987.

LINS, S. R. S. Estresse ocupacionais dos profissionais de enfermagem. 2000.61f Monografia (Especialização em enfermagem gerencial) Centro de Ciências de Saúde/ Universidade da Paraíba, João Pessoa 2000.

MUCHAIL, S.T. O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: RIBEIRO, R.J. Recordar Foucault: os textos do colóquio de Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 196-208.

OGUISSO, Taka (Org.). Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri-SP: Manole, 2005.

PRADES, S. S. et al. Avaliação da qualidade das ações de controle de infecção hospitalar em hospitais terciários. Rev. controle de infecção hospitalar, Brasília, ano 2, p.26-40, 1995.

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

Artigo de Atualização

MODALIDADES DE CONHECIMENTO E SUAS INTERFACES POSSÍVEIS COM O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Alan Dionízio Carneiro¹
Anatércia dos Santos Amâncio²
María Cláudia Oliveira da Silva³

RESUMO

O cuidar em Enfermagem evoca, além do afeto e da responsabilidade, um compromisso com o saber, com o fazer e com o agir, cujas dimensões estão vinculadas aos conhecimentos técnico-científicos e, principalmente, à sensibilização e à consciência ética do enfermeiro. O conhecimento adquirido e necessário ao cuidar em Enfermagem é integrativo e relacional, de modo a congregar diversos saberes oriundos do outro, das ciências e das experiências cotidianas. Assim, este estudo tem como objetivos: descrever modalidades de conhecimento e discorrer sobre interfaces possíveis com o cuidar em Enfermagem. Consiste, pois, em uma pesquisa bibliográfica. Durante o delineamento do estudo, identificou-se que as modalidades de conhecimento constituem maneiras diversas de compreender a nossa relação com o mundo, sendo diferenciadas, de forma meramente ilustrativa e didática, em: conhecimento popular, conhecimento teológico, conhecimento filosófico e conhecimento científico. O primeiro é simplesmente adquirido por experiências culturais do dia-a-dia de uma população, sem a preocupação de relacionar fatos e de interpretá-los. O conhecimento teológico é produto da fé humana em uma ou mais entidades divinas, as quais por sua vez provêm das revelações do mistério, do oculto, do inteligível, interpretadas como mensagens divinas. Por sua vez, o conhecimento filosófico tem por fundamento a capacidade de reflexão do homem por instrumento exclusivo do raciocínio; assim, a filosofia pode ser descrita como uma incessante busca por fundamentos e relações. Quanto ao conhecimento científico, este é fato rigorosamente comprovado, um tipo de investigação especializada, porquanto, claro, preciso, comunicável, metódico, sistemático e explicativo. Ao término do trabalho foi possível evidenciar que o desenvolvimento do cuidar em enfermagem reivindica a capacidade que o profissional/cientista/cuidador possui de integrar conhecimentos apreendidos em seu cotidiano às suas vivências, de maneira que possam repensar suas práticas e seu modo de ser. A isso, denomina-se saber.

Palavras-chave: Enfermagem. Conhecimento. Pesquisa.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

AEnfermagem tem revisado e procurado consolidar e inovar suas bases epistemológicas e científicas por meio de teorias e modelos conceituais de cuidados que possam oferecer ações seguras para o desenvolvimento do ensino e da profissão de enfermagem, comprometidos com o outro em sua condição e em sua essência. É oportuno compreender que nesse contexto a Enfermagem arrogou, como objeto e finalidade de sua ciência, o cuidado.

Segundo Watson (2007), o cuidado em enfermagem envolve habilidades do profissional de enfermagem, em especial, o enfermeiro, tais como: capacidade

¹ Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE-PB). Mestre em Enfermagem. Doutorando

do Programa Integrado de Pós-Graduação em Filosofia das Universidades Federais da Paraíba, Pernambuco e Natal (PIDFIL/UFPB,UFPE,UFRN). Endereço: Av. Maria Rosa, 931. Manaira. João Pessoa-PB. CEP: 58038-460. Telefone.: (83)8870.7762. E-mail: dionizioocs@hotmail.com

² Aluna do 1º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da FACENE-PB.

de reconhecer valores em cada ser cuidado; instilar fé e esperança; cultivar a sensibilidade; estabelecer uma relação de ajuda-confiança que permita expressão de sentimentos; sistematizar um processo de cuidar científico criativo; permitir ao outro ensinar/aprender a ser cuidado; assegurar um ambiente confortável onde o outro se sinta apoiado e protegido; e assistir, com base nas necessidades humanas, desde as necessidades biológicas até as espirituais.

Assim, cuidar, em especial para a Enfermagem, consiste em uma atitude que implica atenção, preocupação, responsabilização e envolvimento. Uma relação intersubjetiva entre cuidado e cuidador despertadora do interesse e da disponibilidade em servir ao outro e, dessa forma, assegurar seu bem-estar (BOFF, 2004).

Diante desse entendimento, o cuidado de enfermagem deve expressar conhecimento e experiência no desempenho das atividades técnicas, bem como no processo relacional interhumano a partir de expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade,

demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade. (WALDOW, 2001, p. 144).

METODOLOGIA

Este estudo envolve uma pesquisa bibliográfica sistematizada, mediante as seguintes etapas operacionais: 1. Levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho. Levantamento de materiais

relacionados à temática da pesquisa, a partir de livros e periódicos disponíveis, inclusive on line. 2. Seleção do material para construção do trabalho. Eleição de todo material considerado relevante e pertinente ao objetivo proposto, extraído-se citações, diretas e indiretas, e suas respectivas referências. 3. Construção Preliminar do Texto. Construção de um esboço preliminar do texto, a partir do material selecionado. 4. Elaboração do Relatório Final. Redação final do trabalho, de forma clara, objetiva e coerente.

É importante destacar que se levou em consideração as disposições éticas sobre pesquisa, contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme elencados a seguir:

CAPÍTULO IV – Das Responsabilidades e Deveres – Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. – **PROIBIÇÕES – Art. 100.** Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicados (COFEN, 2007).

MODALIDADES DE CONHECIMENTO E SUA RELAÇÃO COM O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Em um preâmbulo, percebe-se na história do pensamento humano a inquietação do homem diante de sua origem e de seu fim.

Nesses termos, a filosofia, as religiões e crenças, as ciências e o

⁴ A expressão coração humano, aqui utilizada na linguagem scheleriana, corresponde ao conceito de ânimo ou ao centro anímico da pessoa, isto é, aquilo que a motiva e a impulsiona para o conhecer, querer e agir (SCHELER, 1998, p.54).

ser humano em suas experiências cotidianas procuram oferecer respostas a tais indagações oriundas do coração humano⁴. No dizer de Scheler (1962, p.31), “todo conhecer é um saber de algo ‘como’ algo”, ou seja, o conhecimento compreende o objeto, a percepção, a recordação, a expectativa e a representação ou imagem sobre aquilo que se pensa, uma esfera de significação (conceito, juízo, inferência). Portanto, para o referido autor, conhecer significa valorar ou apreender sentido no mundo em derredor.

Diante dessa perspectiva, discorre-se, a seguir, sobre as modalidades de conhecimento, maneiras diversas de compreender a nossa relação com o mundo, sendo didaticamente diferenciadas em: conhecimento popular, conhecimento teológico, conhecimento filosófico e conhecimento científico.

❖ CONHECIMENTO POPULAR

O conhecimento popular baseia-se nas opiniões e experiências diárias dos indivíduos, sendo caracterizado como valorativo, ametódico, assistemático, acríptico e impreciso (PRESTES, 2003).

Essa modalidade de conhecimento não se fundamenta exclusivamente em estudos, pesquisas ou aplicações metodológicas; é simplesmente adquirida por experiências culturais do dia-a-dia de uma população, que tem seus erros e acertos, não existindo a preocupação de relacionar os fatos e em interpretá-los. Segundo Prestes (2003), este é o único tipo de conhecimento em que não é necessária a realização de experiências ou um estudo aprofundado para se aprender algo, aprende-se experimentando.

O conhecimento popular também pode ser denominado conhecimento empírico, senso comum, conhecimento

sensível ou conhecimento vulgar. O fato é que a informação recebida basta por si só, não precisa ter um motivo/razão para ser. Pela expressão ‘senso comum’ temos a idéia de um conhecimento a tal ponto homogêneo e difundido, que seu conteúdo torna-se espontâneo e direto para entendermos (FACHIN, 2006). Enfatiza-se que este conhecimento faz parte da tradição de uma comunidade, povoado, cidade, país, nação etc.

No conhecimento empírico, procura-se elaborar conjunturas daquilo que, inicialmente, poderia ser tido por coincidências, ou seja, sem relação direta entre fatos e acontecimentos. Sendo assim, o conhecimento popular não procura ir além dessa hipótese, e contenta-se com imagens superficiais dos fatos. Ele prende-se às experiências vividas (CUNHA, 2009).

Não podemos, contudo, afirmar que o conhecimento popular é inferior ou menos relevante que as demais categorias, como a ciência, mas apenas que ele é antes o pioneiro, o primeiro a despertar para o mundo, aquele que conduz a todas as outras modalidades de conhecimento.

A Enfermagem, enquanto prática profissional, baseia-se na intersubjetividade, o que compreende adentrar ao mundo do outro para conhecer e partilhar vivências, a fim de promover as ações de cuidado. Nesse cenário, o enfermeiro precisa ter habilidades comunicacionais, ampla visão de mundo, conhecimento das tradições e cultura em geral, que o possibilitem reconhecer as experiências do outro, seja ele paciente ou profissional de saúde, como legítimas, autênticas e, partindo delas, transmitir ao sujeito, de maneira personalizada e utilizando uma linguagem adequada, suas informações sobre as ações de cuidado (STEFANELLI; CARVALHO, 2001).

❖ CONHECIMENTO TEOLÓGICO

O conhecimento teológico é produto da fé humana em uma ou mais entidades divinas, as quais, por sua vez, provêm das revelações do mistério, do oculto, do inteligível, interpretadas como mensagens divinas, isto é, daquilo que denominamos mito.

Segundo Severino (2007), nesse tipo de conhecimento, a fé é dom necessário e gratuito, assim como é refúgio e fonte de ação moral, de modo que consiste em uma experiência que não pode ser conceituada, explicada, mas apenas vivida. A religião e o conhecimento teológico, apesar de se relacionarem, não são idênticos. Se a teologia é uma teoria, a religião é uma prática; se a teologia é um preceito, a religião é o exemplo. Ambas se complementam.

O conhecimento teológico apoia-se em doutrinas que contêm proposições sagradas (valorativas), transmitidas pelo sobrenatural e, por esse motivo, consideradas mitos, dogmas, verdades absolutas e irrefutáveis para os homens (MARCONI; LAKATOS, 2006). Todavia, é necessário um esclarecimento concernente ao mito: este comporta uma tradição cultural, aceita pelos indivíduos como forma de experiência do real.

Ademais, Marcondes (2005, p.20) afirma que o mito “não se justifica, não se fundamenta, portanto, nem se presta ao questionamento, à crítica ou à correção.[...] ele constitui a visão de mundo dos indivíduos.” Nesse caso, o mito, tal como o conhecimento teológico, tem “[...] caráter global que exclui outras perspectivas a partir das quais ele poderia ser discutido.” Assim, a Teologia satisfaz ao homem respondendo aos questionamentos independentemente de sua existência

em realidades concretas, como a razão o faz. Desse modo, toda realidade é explicada com referência e como consequência de uma ação divina.

Consoante com o pensamento de Elias (2001), faz-se mister recordar que aquilo que ora se denomina por conhecimentos popular e teológico tem não só sua veracidade como sua eficácia entrincheiradas no homem e na sociedade, isto é, são de difícil modificação, podendo ser um empecilho ou uma impossibilidade para o desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos mais bem consubstanciados na realidade.

❖ CONHECIMENTO FILOSÓFICO

A palavra filosofia é de origem grega e é composta por outras duas: *philo* e *sophia*. *Philo* é derivado de *philia*, que significa amizade, amor eterno, respeito entre os iguais. *Sophia* quer dizer sabedoria. Logo, o termo grego *philosophia* é traduzido por ‘amor à sabedoria’ (CHAUI, 2007).

É oportuno enfatizar que essa definição literal permite perceber a relação íntima que a filosofia possui com o saber, seja quanto à origem ou à validade deste. Desse modo, o conhecimento da filosofia é valorativo, perfilando-se por meio do raciocínio e do questionar sobre a realidade, o certo e o errado, unicamente recorrendo às luzes da própria razão humana, com o auxílio único e exclusivo da coerência lógica (RUIZ, 2006).

De tal maneira, o conhecimento filosófico procura interrogar tudo aquilo que se encontra diante do homem e o próprio homem. Sua atividade reflexiva é constante (por vezes, simples), recorrente e profunda: o que é o homem?, o que é a verdade?, como devo agir?, são alguns exemplos. (CUNHA, 2009).

O pensamento de Adorno;

Horkheimer (2006) exprime, nessa perspectiva, que a atitude de conhecimento é consequência da necessidade constata do ser humano em propor esclarecimentos aos fatos humanos e processos da natureza por meio da reflexão e da crítica. Nesse contexto, a filosofia é um instrumento do processo de desmitologização do mundo, isto é, procura libertar, desvelar e racionalizar as verdades e a realidade natural presentes em todas as modalidades de conhecimento, mas principalmente, aquelas sob as quais se fundamentam os saberes empírico e teológico. Todavia, os autores mencionam que essa construção é sempre dialética, na medida em que a filosofia, ao destituir o anterior ideal de verdade, necessita oferecer uma outra genuinamente nova, ou seja, cria novos mitos que exigem novos esclarecimentos, o que faz do conhecimento filosófico um progresso contínuo de emancipação e de reflexão do ser humano.

Perquirindo a discussão sobre uma tentativa de explicação do termo filosofia e seu campo de atuação, mantém-se o olhar na perspectiva de Scheler (1958) que entende, a partir do viés platônico, que filosofia é, antes de tudo, uma tendência de estar ou perceber-se ligado, por amor-desejo da pessoa humana finita ao essencial de todas as coisas possíveis, um amor absoluto. Desse modo, a filosofia é uma incessante busca por fundamentos e relações.

Ora, a Enfermagem progride à medida que refletem suas práticas e conceitos a fim de entender qual sua finalidade e razão de ser enquanto ciência, arte, ideal ou profissão. Segundo Chin e Kramer (1999), alguns termos norteiam esses eixos da Enfermagem e determinam sua evolução enquanto tais, são eles: ser humano, ambiente, cuidar (saúde) e enfermagem. A partir dessas palavras, são formuladas

diferentes teorias e metodologias de cuidado e modelada a maneira como o enfermeiro deve perceber seu modo de ser cuidador.

❖ CONHECIMENTO CIENTÍFICO

O conhecimento científico é fato rigorosamente comprovado, um tipo de investigação especializada, um conhecimento claro, preciso e comunicável; e, porquanto, metódico, sistemático e explicativo (ABRUNHOSA; LEITÃO, 2004).

Como características basilares do conhecimento científico, Chauí (2007) destaca: é objetivo, ou seja, o olhar diretivo para o problema; procura padrões e critérios para seleção e comparação a fim de propor leis gerais ou universais para o funcionamento do fenômeno em questão.

Ademais, o conhecimento científico, após análise de um fato ou fenômeno, só estabelece relações de causalidade entre estes quando comparados a circunstâncias similares ou diferentes, de tal maneira que a exatidão desse conhecimento é marcada pela regularidade, constância e repetição nas explicações dos acontecimentos, enfatizando, ainda, que na ocorrência de situações extraordinárias ou fantásticas, o conhecimento científico as percebe como um caso particular em relação ao padrão, muito embora continue a ser passível de explicações e experimentações (KÖCHE, 2005).

Nesse sentido, um dos atributos do conhecimento científico desde a investigação à análise dos fenômenos é a linguagem científica ou pragmática, a que é uma forma de comunicação fria e direta, cuja finalidade é ser útil e prática para conceituar, classificar e transmitir os dados e resultados científicos que, por sua vez, tornar-se-ão critérios de verdade (ANDRADE; MEDEIROS, 2006).

No decorrer da consolidação de seus fundamentos e aplicabilidade desse campo científico surgem as teorias científicas que se constituem como um “sistema ordenado e coerente de proposições baseados em um pequeno número de princípios, cuja finalidade é descrever, explicar e rever do modo mais completo possível um conjunto de fenômenos, oferecendo suas leis necessárias” (CHAUÍ, 2007, p.251).

Dessa forma, a Enfermagem moderna se firma cada vez mais enquanto ciência por sua capacidade de entender os problemas de saúde em sua complexidade, bem como desenvolvendo uma linguagem ou terminologia própria – a exemplo dos sistemas de classificação de diagnósticos e ações de enfermagem elencados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIPE) e Associação Norte-Americana de Enfermagem (NANDA) – concomitantemente ao desenvolvimento de tecnologias e metodologias que melhor possam satisfazer as necessidades de seus clientes.

Sendo assim, a Enfermagem,

enquanto ciência, expande e legitima seus espaços e campos de atuação profissional, investindo rigorosamente os porquês e os resultados de suas técnicas, metodologias e linguagens que subsidiam a prática profissional da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidar em enfermagem só é possível graças à capacidade de integrar seus conhecimentos à sua prática profissional cotidiana. Nesse sentido, com base no pensamento de Scheler (1969), o desenvolvimento do cuidar em enfermagem reivindica a capacidade que o profissional/cientista possui de integrar conhecimentos apreendidos em seu cotidiano, às suas vivências, de modo que estes possam repensar suas práticas e seu modo de ser. A isso, o referido autor denomina saber.

Faz-se necessário entender que a divisão em conhecimentos popular, filosófico, teológico e científico é meramente ilustrativa e didática, com vistas apenas a fornecer ao leitor

TERMS OF KNOWLEDGE AND INTERFACES WITH POSSIBLE CARE IN NURSING

ABSTRACT

The nursing care evokes, in addition to affection and responsibility, a commitment to learn, to do with the act, whose dimensions are related to technical-scientific knowledge and, especially, the awareness and consciousness of the ethical nurse. The knowledge and the necessary care in nursing is relational and integrative in order to gather knowledge from many of the other, science and everyday experiences. This study aimed to describe methods of knowledge, and discuss possible interfaces with the care in nursing. This work consisted of a literature search. During the design of the study identified that the way of knowledge is in many ways to understand our relationship with the world, being different, so merely illustrative and didactic in: popular knowledge, knowledge, theological, philosophical and scientific knowledge. The first is simply acquired by cultural experiences of day-to-day of a population and can be stated that there is no concern to relate facts and interpret them. The theological knowledge is the product of human faith in a divine or more entities, which in turn comes from the revelations of the mystery, the occult, the intelligible, interpreted as divine messages. In turn, the philosophical knowledge is based, the ability of reflection of man's unique tool for thinking, well, the philosophy can be described a relentless search for foundations and relationships. Regarding scientific knowledge, is rigorously proven fact, a type of specialized research, because clear, precise, communicable, methodical, systematic and explanatory. At the end of the work could reveal that the development of nursing care demands the ability of the professional / scientist / caregiver has to integrate knowledge learned in their daily lives, their experiences, so that they may rethink their practices and how to

uma idéia da amplitude do mundo do conhecimento, pois torna toda atitude de conhecer uma.

No âmbito da Enfermagem, Feldman (2003) alude a necessidade de que o cuidado em saúde deve alcançar o equilíbrio entre os saberes, tais como a habilidade técnica e a sensibilidade humana, não supervalorizando uma em detrimento da outra, mas reconhecendo a importância de ambas na qualidade da prática assistencial.

Enfatiza-se, então, a partir de Elías (2001), que esse processo de aquisição de conhecimento para legitimar-se, constitui-se tarefa compartilhada por professores e educadores em geral, não visando à criação de um grande conglomerado de informações, e sim a uma aproximação entre as idéias, oriundas, por exemplo, dos conteúdos dos livros e dos ateneus das faculdades, e os procedimentos humanos. Esse fato leva também a compreender que os indivíduos, os estudantes, valoram, com base em seus interesses, a profundidade e aquilo que desejam conhecer e saber.

Ao término deste trabalho esperamos que este possa instigar um maior desejo de conhecer as bases teóricas do cuidar em Enfermagem aos alunos, em particular aos recém-ingressantes nos cursos de Enfermagem, aos profissionais e aos educadores da área, assim como possa também instigar uma reflexão/compreensão de que aquilo que ouvimos, sentimos e apreendemos por meio de ensinamentos ou de nossas próprias vivências na Enfermagem produzem uma marca

indelével no nosso modo-de-ser. Portanto, os conhecimentos unidos à praxis, são um caminho para entender a funcionalidade e aplicabilidade dos saberes.

Desse modo, ao reverberar os saberes e práticas de Enfermagem, percebe-se que o cuidador, em especial, o de enfermagem, não é uma presença estática no mundo e que nele está para transformá-lo, pois aquilo que dá significado à vida, o que há de melhor no ser humano, é o fundamento de todas as suas ações. E é pelo aprimoramento dessa consciência do outro e do cuidar que esse profissional amadurece (SGRECCIA, 2002).

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, M. A.; LEITÃO, M. Um outro olhar sobre o mundo. Porto: Asa, 2004.

ADORNO, T.W.; HORKHEIMER, M. Dialética do esclarecimento. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

ANDRADE, M. M.; MEDEIROS, J.B. Comunicação em língua portuguesa. São Paulo: Atlas, 2006

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

CHAUÍ, M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática, 2007.

CHIN, P. L.; KRAMER, M. K. Theory and nursing: integrated knowledge development. St. Louis: Mosby, 1999.

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 reprodutividade. 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 Av. Frei Galvão, 12, Gramame - João Pessoa-PB. CEP: 58067-695. Fone/Fax: (83) 2106-4791. E-mail: revista@facene.com.br.

