

REVISTA DE DIVUGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES (REVISA)- CONTRIBUIÇÕES PARA O ENSINO E O CUIDADO EM SAÚDE

JOURNAL OF SCIENTIFIC SPREADING SENA AIRES (REVISA) - CONTRIBUTIONS FOR TEACHING AND HEALTHCARE

Lerison Adriano Ferreira Fernandes¹, Juliane Umann², Victor Cauê Lopes³

Como citar: Fernandes LAF, Umann J, Lopes VC. Revista de divulgação científica sena aires (REVISA)-contribuições para o ensino e o cuidado em saúde. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2):93-4.

Do controle das doenças infectocontagiosas do passado, ao desafio de prevenir, minimizar e controlar a incidência das doenças crônicas, a pesquisa foi e continua sendo a principal ferramenta de mudança. Isso porque proporciona aquisição dos conhecimentos necessários para avanços tecnológicos e melhoria dos cuidados a saúde humana. Nesse processo, a pesquisa tem se destacado como atividade essencial para a evolução da sociedade, permitindo novos pensares e novos agires no campo da saúde, ciência e tecnologia.

No campo assistencial, a pesquisa permite a identificação das demandas presentes nos serviços de saúde e, a partir disso, a construção e aplicação de intervenções que modifiquem ou aperfeiçoem as práticas atuais, com melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. No entanto, para que os profissionais de saúde estejam preparados para a condução de pesquisas no campo de saúde, é imprescindível o contato com essa atividade desde a formação universitária através de atividades de extensão e pesquisa que retroalimentam o ensino. Dessa forma, faz-se necessária a construção de matrizes curriculares que envolvam e integrem a atividade de pesquisa desde o início até a conclusão dos cursos de graduação da área de saúde, não devendo essa atividade ser restrita aos trabalhos de conclusão de curso e (ou) disciplinas de metodologia científica ou de pesquisa. Isso porque a prática da pesquisa compõe um processo e, portanto, não pode ser pensada e praticada de forma isolada.¹⁻³

Além disso, a pesquisa e a extensão são importantes para o ensino universitário na área da saúde, pois estimulam o pensamento crítico-reflexivo dos estudantes de diferentes cursos de graduação frente à realidade dos serviços de saúde, além de contribuir em ações de prevenção e promoção de saúde. Por consequência, espera-se a formação de profissionais pró-ativos, com atitudes de lideranças e capazes de refletir sobre as suas ações em saúde.⁴

No entanto, para que os estudantes, pesquisadores e comunidade em geral tenham acesso às pesquisas desenvolvidas no âmbito acadêmico e assistencial em saúde, é

REVISA

¹Biomédico. Especialista.
Universidade Paulista- Campus
Brasília.
lerisonfernandes@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em
Enfermagem. Exército Brasileiro.
juumann@hotmail.com

³Enfermeiro. Mestre em
Enfermagem. Associação
Juinense de Ensino Superior.
Victor.cau@hotmail.com

Recebido em: 25/04/2016
Aceito em: 28/06/2016

preciso que as mesmas sejam publicadas em eventos, seminários, livros da área e periódicos com boa visibilidade. A não publicação dos resultados de uma investigação implica na limitada divulgação do conhecimento produzido e o não fortalecimento do corpus de conhecimento das profissões da área de saúde. Por isso, apresentamos à comunidade acadêmica a Revista de Divulgação Científica Sena Aires (REVISA) que objetiva fortalecer o tripé de formação universitárias, previsto pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), a ser, ensino, pesquisa e extensão. Nesse sentido, visamos contribuir para a divulgação de pesquisas nacionais e internacionais na área da saúde; estimular e fortalecer a condução de pesquisas de qualidade por discente e docentes de instituições de ensino superior, brasileiras ou estrangeiras; bem como para a divulgação de resultados de investigações que contribuam para a melhoria do cuidado em saúde.¹⁻³

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes para Avaliação das Instituições de Ensino Superior, Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Superior (CONAES). Disponível em: portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/diretrizes.pdf. Acesso Outubro, 2005.
2. Brasil. Lei No 9.394 - 20 de Dezembro de 1996. A Lei Darcy Ribeiro estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de Dezembro de 1996.
3. Brasil, Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Conselho Nacional de Educação; 2017.
4. Sugahara CRA. Extensão Universitária como Ação Socioeducativa. Revista Conexão UEPG. 2012; 8(2): 164-9.

LIBRAS E O ATENDIMENTO AO CLIENTE SURDO NO ÂMBITO DA SAÚDE

LIBRAS AND THE ATTENDANCE OF DEAF PATIENTS IN THE HEALTHCARE SETTING

Raiene Teixeira Cardoso Lessa¹, Erci Gaspar da Silva Andrade².

Como citar:

Lessa RTC, Andrade EGS. Libras e o atendimento ao cliente surdo no âmbito da saúde. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 95-104.

RESUMO

O presente estudo objetiva analisar de acordo com opinião do deficiente auditivo a utilização da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e o atendimento ao mesmo no âmbito da saúde. Utilizou-se pesquisa de campo qualitativa, realizada através de uma entrevista para aplicação de questionário aos deficientes auditivos, com finalidade de coletar dados, em diversos lugares respeitando a disponibilidade dos entrevistados. De acordo com resultados coletados a utilização da LIBRAS é a mais requisitada, seja pela comunicação entre profissionais e paciente deficiente auditivo ou com a presença de um intérprete. O atendimento ao deficiente auditivo, depende de fatores relacionado a comunicação, como a utilização da libras ou outros. A partir de então se estabelece um bom vínculo ou não com o deficiente auditivo. O domínio dos profissionais em relação a LIBRAS é de fundamental importância para o bom desempenho do atendimento ao deficiente auditivo no âmbito da saúde.

Descritores: LIBRAS; Atendimento ao Surdo; Surdez.

ABSTRACT

The study aims to analyze according to opinion of the hearing impaired the use of the Brazilian Sign Language (LBS) and the service even in health. We used qualitative field research, performed through an interview administered questionnaire for the hearing impaired, with the purpose of collecting data, in several places respecting the availability of respondents. According to results collected using the LBS is the most requested, is for communication between professionals and patient hearing impaired or the presence of an interpreter. The attendance for the hearing impaired, depends on factors related to communication, such as the use of pounds or more. The domain of professionals regarding the LBS is of fundamental importance for the proper performance of the service to the hearing impaired in health.

Descriptors: LBS; Caring for Deaf; Deafness.

REVISA

¹ Enfermeira.
raienetcl@gmail.com

² Pedagoga. Especialista.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires.
erci-gaspar@hotmail.com

Recebido em: 25/04/2016
Aceito em: 28/06/2016

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil segundo censo do IBGE 2010 existe cerca de 45 milhões de pessoas portadoras de deficiência. Destes 1,7 milhão de pessoas têm grande dificuldade de ouvir.¹ Segundo padrões estabelecidos pela American National Standards Institute deficiência auditiva “é considerada como a diferença existente entre o desempenho do indivíduo e a habilidade normal para detecção sonora”.² Ou seja, a capacidade que o indivíduo tem para ouvir de maneira dificultada ou ausência da percepção de sons.

Segundo decreto N° 5.626, de dezembro de 2005, parágrafo único. Considera-se deficiência auditiva a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. De acordo com este decreto língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) deve ser inserida nos cursos de licenciatura, nos cursos normais de nível superior, nas diferentes áreas de conhecimento podendo ser optativa em cursos de educação superior e na educação de profissionais, e outros.³

Já no art. 25 IX dá direito a “atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de LIBRAS ou para sua tradução e interpretação; e no inciso X - apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de LIBRAS e sua tradução e interpretação”.⁴ Sendo de competência não só dos profissionais do SUS e, mas de todo os outros profissionais da esfera da saúde, uma vez que esses profissionais mais cedo ou mais tarde poderá ter contato com os deficientes auditivos.

Para suprir as necessidades dos deficientes auditivos na área da saúde, é necessário a utilização da comunicação. Podendo esta ser pela escrita, leitura labial, com a presença de um profissional para tradução da língua brasileira para língua de sinais e vice-versa, ou pela utilização da LIBRAS por profissionais na conversação direta com o deficiente auditivo.⁴

Portanto a comunicação é ferramenta de fundamental importância no atendimento em locais que promovem saúde. A falta ou falha na mesma impedem o trabalho dos profissionais, dificultando assim um atendimento humanizado.⁴

Com base nestas questões, o objetivo deste estudo foram analisar através da opinião do cliente surdo a utilização da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e o atendimento ao mesmo no âmbito da saúde, isto é, através desta pesquisa realizada por questionários que profissionais da saúde poderá analisar a comunicação entre os deficientes auditivos e profissionais. E a partir de então melhorar o atendimento humanizado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa. Foi realizada uma entrevista através de questionário aos deficientes auditivos com intuito de conhecer através da opinião do DA a utilização da LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) e o atendimento ao mesmo no âmbito da saúde. Este foi composto por 17 questões objetivas e 2 subjetivas, aplicados a 30 deficientes auditivos.

Foram incluídos na amostra os DA que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e excluído os que se recusaram a assinar o termo citado. Os entrevistados foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, a disponibilidade de participação e o sigilo das informações. Após a assinatura do TCLE foi

aplicado o questionário individualmente, em vários locais, respeitando a disponibilidade e os horários de cada indivíduo.

De acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde contendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, o projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisas (CEP) cumprindo todos os requisitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos dados e o objetivo da pesquisa, foram estabelecidas as seguintes categorias: *Utilização da língua Brasileira de sinais (LIBRAS)* e *Atendimento ao Deficiente Auditivo*.

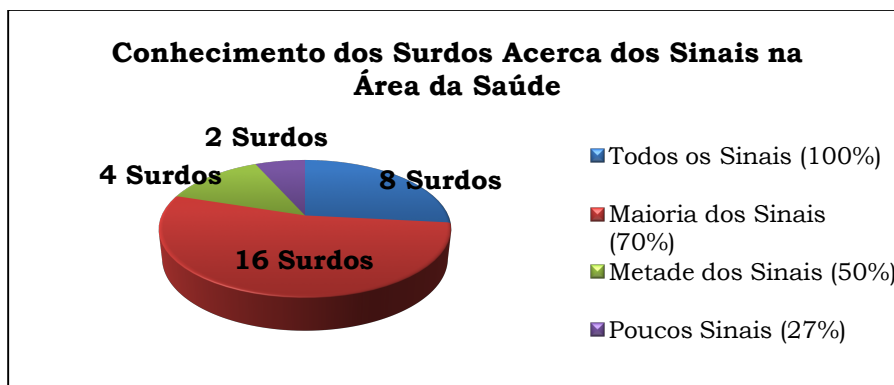
Utilização da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)

De acordo com resultados coletados a utilização da LIBRAS é a mais requisitada, seja pela comunicação entre profissionais e paciente deficiente auditivo ou com a presença de um intérprete. No desenvolver das questões percebe-se que o conhecimento dos DA é excelente nos sinais interrogados, os deficientes podem ser usuários da LIBRAS, porém, se não conhecem os sinais da saúde a comunicação é prejudicada.

Apesar de ser requisitada pelos deficientes a LIBRAS é pouco infundido no ambiente hospitalar, pois dispõe-se de poucos profissionais que possuem conhecimento em língua de sinais e poucos intérpretes, uma vez que, a lei que dispõe sobre os direitos dos deficientes auditivos incluindo o atendimento em determinados locais tem menos de vinte anos.

Questão – 5: Conhece os sinais?

Sinais: saúde, gripe, dor, câncer, DST, depressão, pressão alta, diabete, vacina, estomago, coração, pulmão, veia, rins, fígado, bexiga, vagina, pênis, médico, enfermeira, fisioterapeuta, farmacêutico, osso, remédio, exame, cirurgia, doente.



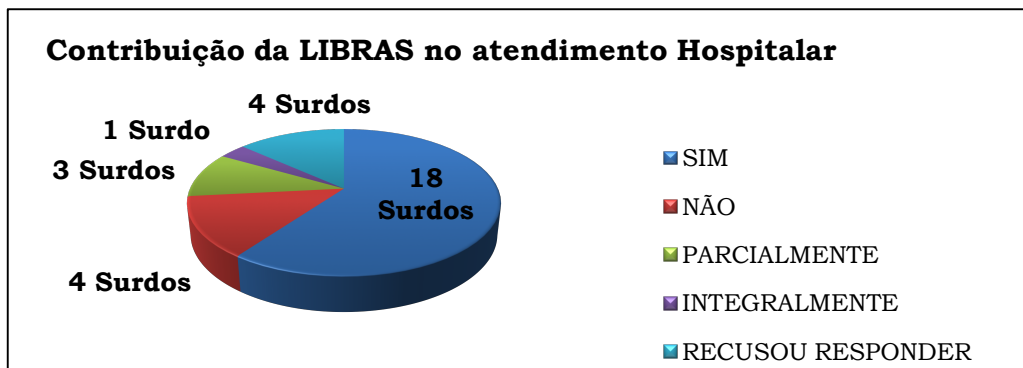
Durante o questionário alguns deficientes auditivos por não ter total habilidade com a escrita do português se mostravam receosos, após explicação afirmavam conhecer ou não os sinais da área da saúde. Entre os entrevistados 8 dos deficientes auditivos afirmaram conhecer 100% (26) sinais a mostra, 16 conhecem 70% (18) sinais referentes a saúde, 4 conhecem 50% (13) sinais, e 2 DA conhecem 27% (7) sinais.

Percebe-se a partir dos dados, que vinte quatro dos trinta deficientes auditivos entrevistados tem conhecimento dos sinais citados, restando uma minoria que conhece poucos sinais.

A língua define um povo. Linguagem, um indivíduo. Assim, do mesmo

modo como o povo brasileiro é definido por uma língua ou idioma em comum, o Português (que o distingue dos povos de todos os países com os quais o nosso faz fronteira), a comunidade surda brasileira é definida por uma língua em comum, a Língua Brasileira de Sinais.⁵ O indivíduo que não possui conhecimento da própria Língua ou Linguagem dificulta a interação entre profissionais e clientes portadores de deficiência auditiva.

Questão 6: A LIBRAS contribui no atendimento hospitalar?

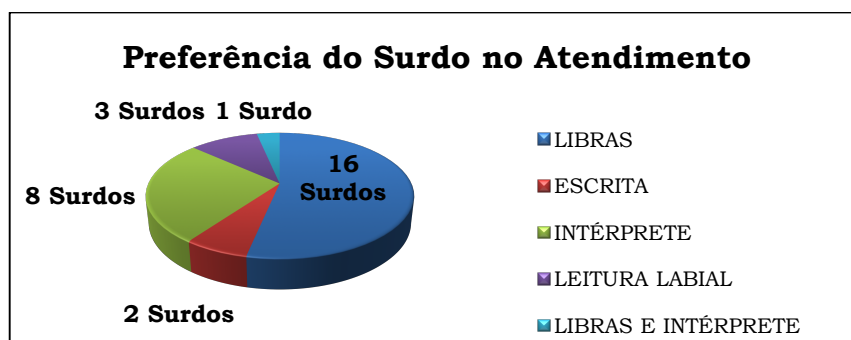


Apenas 4 surdos afirmam que a LIBRAS não contribui no atendimento hospitalar, a maioria respondeu que contribui, 1 recusou-se responder, o restante afirmou contribuir parcialmente ou integralmente no atendimento hospitalar.

A LIBRAS é reconhecida como um sistema linguístico de comunicação gesto-visual, diferentes temáticas podem ser alvo de discussão entre deficientes auditivos e pessoas com audição normal que seja usuário da língua de sinais. Para que haja contribuição absoluta na comunicação é necessário que ambos, cliente portador de DA e profissionais da saúde dominem a LIBRAS.⁶

Somente através da comunicação plena o profissional poderá ajudar o paciente a enfrentar seus problemas, demonstrá-los, e juntos encontrar alternativas para solucioná-los. Visando melhor comunicação entre os pacientes e profissionais é necessário que a equipe conheça e sempre busque mecanismos de comunicação que facilite o relacionamento entre os mesmos.⁶

Questão 7: Você prefere atendimento com:



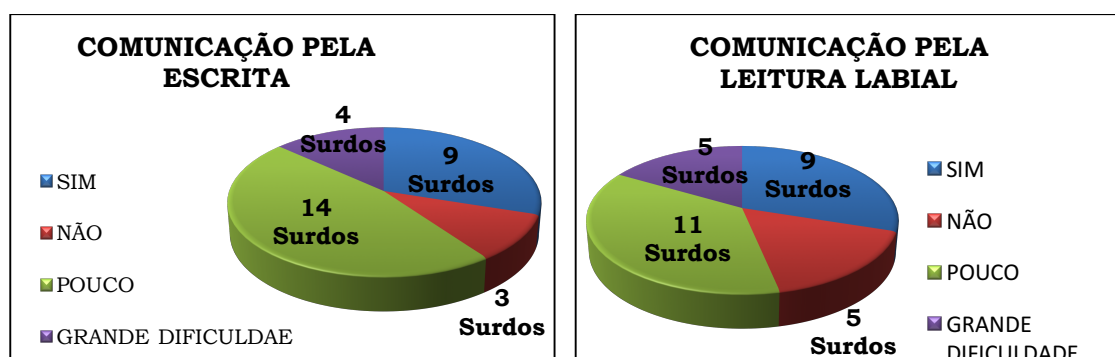
Verifica-se através dos dados coletados que a opção LIBRAS sobressaiu das demais, a segunda opção mais selecionada foi o atendimento com intérprete, apenas 2 pessoas portadoras de deficiência auditiva preferem atendimento com escrita, e 1 DA tem duas opções como preferência LIBRAS e intérprete.

O universalismo que queremos hoje é aquele que tenha como ponto em

comum a dignidade humana. A partir daí, surgem muitas diferenças que devem ser respeitadas. Temos direito de ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.⁷ De acordo com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a qualquer cidadão. A equidade: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite que o sistema pode oferecer. E integralidade: o estado tem o dever do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais⁷ em relação ao acesso que todos e qualquer cidadão tem direito.

Assim para atender todos iguais, é necessário tratar os desiguais de forma desigual priorizando os mais necessitados, neste caso os deficientes auditivos são os indivíduos desigual e mais necessitado no que diz respeito a comunicação. Para que suas necessidades sejam atendidas, os profissionais utilizam a forma que considera mais eficaz na comunicação levando em consideração as limitações de cada DA, o grau de escolaridade, se tem domínio com LIBRAS ou utiliza gestos isolados (mímica utilizada pela família ou própria), a preferência por intérprete ou utilização da leitura labial.

Questões 11. Você consegue se comunicar através da escrita? e 12. Você consegue entender através da leitura labial?



Ao observar a tabela nota-se que os valores são similares, os deficientes auditivos que conseguem comunicar através da escrita, também entendem a leitura labial. Entre os entrevistados 9 afirmaram entender perfeitamente a leitura labial e a comunicar através da escrita, 3 não se comunica pela escrita, 5 não entende leitura labial, 14 se comunica pouco, já 11 dos entrevistados entendem pouco leitura labial, 4 conseguem comunicar com grande dificuldade e 5 entende leitura labial com grande dificuldade. Essa relação depende da familiaridade que o DA possui com a escrita, e escolaridade de cada indivíduo.

Questão 19 - Você acredita que a LIBRAS irá ajudar na comunicação entre profissionais da área da saúde e o deficiente auditivo?



No que diz respeito a pergunta relacionada ao futuro, 1 deficiente auditivo que possui curso superior completo se negou a responder, alegando que “o futuro é incerto”. Outros 24 afirmaram melhorar a comunicação, 1 respondeu não, apenas 1 se recusou responder.

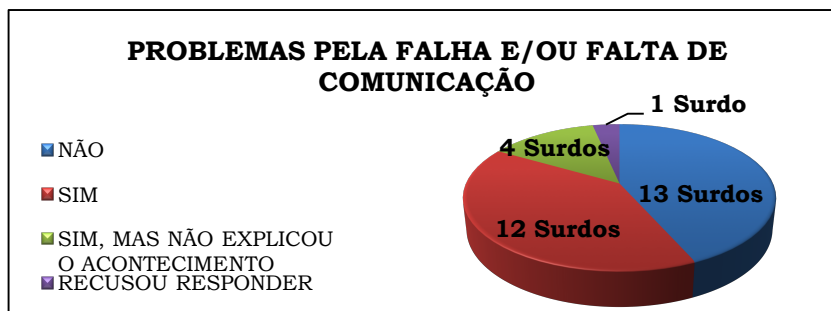
Sabe-se que a LIBRAS se tem integrado a práticas educacionais e a programas destinados a pessoas surdas, permitindo, dessa forma, o estabelecimento efetivo de contatos, até então, no mais das vezes, total ou parcialmente bloqueados¹. Confirmando em conjunto com os 24 deficientes entrevistado que poderá ser de grande ajuda na comunicação futuramente.

Atendimento ao Deficiente Auditivo

O atendimento ao deficiente auditivo, depende de fatores relacionado a comunicação, como a utilização da LIBRAS, seja com um profissional intérprete ou conversação profissional-deficiente, a percepção da leitura labial, e a prática com a escrita. A partir da comunicação se estabelece um bom vínculo ou não com o DA.

Poucos deficientes auditivos já usufruíram de atendimento com profissionais que utilizassem a LIBRAS como meio de comunicação. A satisfação deles é animadora, porque no passado não muito distante não se encontrava profissionais que tinham conhecimento da língua de sinais, cabe ressaltar que, todos DA reclamaram que esses profissionais precisam ter domínio com língua de sinais.

Questão 8 – Já ocorreu algum problema pela falha e/ou falta de comunicação?



A pergunta 8 do questionário é a primeira discursiva, onde 13 dos DA negaram problemas pela falha e/ou falta na comunicação, 1 recusou-se a responder, 4 afirmaram ocorrer problemas, porém não citou o ocorrido. Doze dos entrevistados afirmaram problemas.

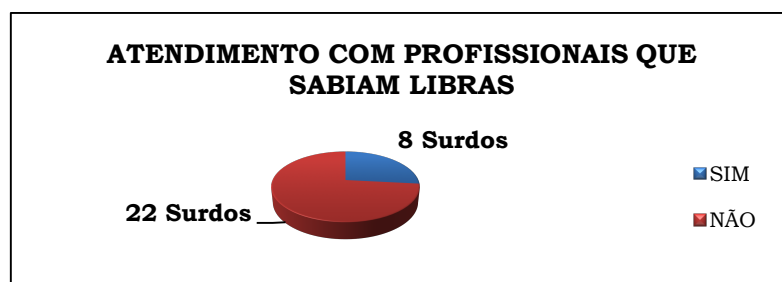
Com relação as respostas dos deficientes auditivos, 6 desabafaram que o problema maior é a falta de conhecimento por parte dos profissionais com relação aos sinais da LIBRAS. Alguns citam que é necessário ter intérprete ou familiares os acompanhando, as vezes não é possível o intérprete ou familiar estar presente, pois os mesmos tem suas obrigações.

Os relatos dos deficientes auditivo abrange problemas simples ate os mais complexos, como: o surdo ser encaminhamento ao lugar ou ao médico errado; o surdo foi punccionado e não era necessário; o deficiente auditivo possuía alergia tentou explicar ao profissional, mas o mesmo não entendeu e aplicou o medicamento; os demais problemas são lamentos por não conseguirem ler os lábios dos profissionais que usavam barbas, as letras não eram legíveis, e mais uma vez não conseguiram comunicar-se por terem dificuldade com o português, e profissionais que não sabiam ou não dominavam a LIBRAS.

Cabe citar que na questão catorze, 8 dos entrevistados afirmaram ter

feito uso de medicamento errado por não compreender o que lhe foi transmitido. Confirmando outro erro por falha na comunicação. A comunicação é indicativo de qualidade de vida,⁴ quando esta é falha compromete relações do cotidiano.

Questão 9 – Você já foi atendido por algum profissional de saúde que sabia LIBRAS?

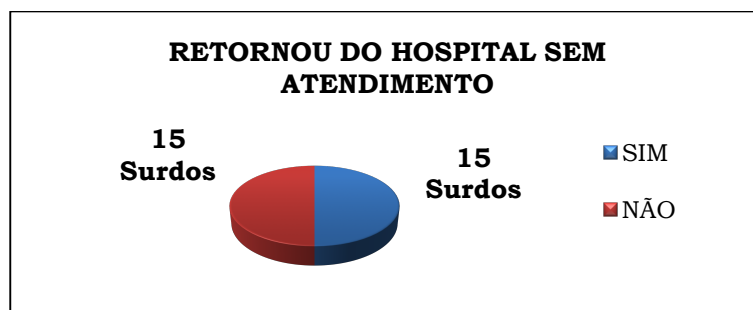


Ao serem questionados se já foram atendidos por profissionais que sabiam LIBRAS 8 entre eles afirmaram e 22 negaram já serem atendidos por profissionais que sabiam a língua de sinais.

Para os surdos que marcassem a alternativa SIM, lhes eram avaliados o grau de satisfação. 1 entre eles afirmou ótimo atendimento, 2 relatou bom atendimento, 2 citou que o atendimento foi satisfatório (poderia melhorar), e 3 dos entrevistados avaliou como ruim o atendimento prestado, restando 22 que não obtiveram atendimentos com profissionais que sabiam LIBRAS.

De acordo com o Código de Ética do Profissional Enfermeiro em seu Art. 2º é direito do enfermeiro “Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional”. Logo em seu Art. 14 é dever do enfermeiro “Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão”. Não só o enfermeiro, mas todos os profissionais da saúde devem adquirir conhecimento e instruções para o cuidado do deficiente auditivo.

Questão 13 – Alguma vez você já voltou do hospital para casa sem atendimento porque não conseguiu se comunicar?

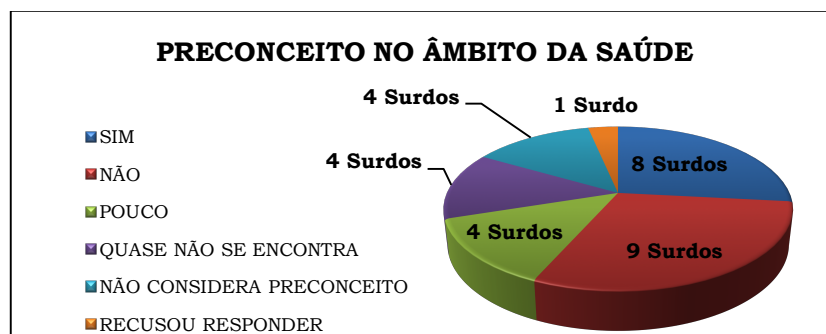


Quanto ao retorno sem o devido atendimento, os surdos que marcaram a alternativa SIM tinham reações quase iguais quando terminavam de ler a questão, respondiam fazendo o sinal de “muitas vezes” ou com expressão facial de desapontamento afirmavam com a cabeça. Os surdos que marcaram a opção NÃO, justificaram que procuram atendimento hospitalar acompanhado dos parentes, amigos que dominam a língua de sinais, ou intérprete.

A inclusão social dos Deficientes Auditivos (DA) nos estabelecimentos de saúde é essencial para a promoção e proteção de saúde. Porém, a falta da

comunicação muitas vezes a impede, dificultando assim o atendimento humanizado.⁸

Questão 15 – Você acha que ainda existe preconceito por parte dos profissionais da área de saúde?



De acordo com dados observados 8 afirmam que ainda existe preconceito, 9 nega preconceito, 4 acredita que existe pouco, outros 4 afirmam que existe mas quase não se encontra profissionais que tenham preconceito, 4 não acredita ser preconceito e sim receio do desconhecido, fazendo os profissionais se afastarem e 1 recusou responder.

Quando não se consegue comunicação com o DA, aparentemente é mais fácil tomar atitudes por eles, podendo essa atitude ser considerada como descaso ou desinteresse por parte dos profissionais. Tais atitudes e outras depreciativas contribuem para deduções por parte dos deficientes, como preconceito.

Questão 18 – De acordo com sua opinião, explique como é a acessibilidade nas instituições de saúde e/ou os serviços de atendimento de primeiros socorros, como corpo de bombeiro e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) para o deficiente auditivo.

Entre os entrevistados 3 relatam ter medo, um deles explica que “desmaiou no local de serviço e quando acordou estava rodeado de pessoas fardadas que o furava, amarravam-no em uma prancha, mexiam nele e não lhe explicavam nada, ele seguiu com seu martírio até o hospital”.

Dentre eles 2 respondeu que o atendimento é bom, 5 relatou que fica a desejar a comunicação entre os profissionais e a pessoa com deficiência auditiva. Outros 7 expôs ideias de metodologias para atendimento ao surdo, como mecanismo de mensagem para o mesmo conseguir contatar o serviços do SAMU e alguma opção de tecla em orelhões próprios para os deficientes auditivos solicitar serviços de primeiros socorros.

Entre os entrevistados 3 nunca usou os serviços citados, outros 4 demonstraram que precisa de intérprete para traduzir a conversa entre os profissionais e os surdos, 6 recusou responder.

O interprete de língua de sinais é uma figura pouco conhecida no âmbito acadêmico. Os estudos existentes no Brasil e no cenário mundial são escassos, tanto no que diz respeito ao intérprete de maneira ampla, quanto a pesquisas que remetam ao intérprete educacional especificamente⁹.

CONCLUSÃO

Diante da pesquisa realizada com os deficientes auditivos, observou-se descontentamento quanto a utilização da LIBRAS no ambiente hospitalares. Percebeu-se que 27% dos deficientes entrevistados presenciaram atendimento

com profissionais que utilizassem a língua de sinais como instrumento para comunicação. Restando 73% deficientes que nunca obtiveram atendimento com LIBRAS.

Importante ressaltar que a maioria absoluta respondeu que a língua de sinais contribui no relacionamento entre profissionais e deficientes auditivos, já que o entendimento da escrita e leitura labial não foi muito satisfatório. Apenas 30% dos DA entende perfeitamente a escrita e a leitura labial.

O domínio dos profissionais em relação a LIBRAS é de fundamental importância para o bom desempenho da comunicação no âmbito da saúde. Ambos, Língua de sinais e atendimento humanizado são aliados. Faz se necessário a disponibilização de cursos profissionalizantes dentro do assunto pertinente, treinamentos, e atualizações visando a educação continuada, bem como fatores somáticos necessários aos avanços na assistência aos deficientes auditivos, levando em consideração a assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Pagliuca LM, Fiúza NLG, Rebouças CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com deficientes auditivas. Rev. Esc Enferm USP 2007; 41(3):411-8.
2. Mondelli MFCG, Silva LSL. Perfil dos Pacientes Atendidos em um Sistema de Alta Complexidade. Rev Otorrinolaringol. 2011; 15(1):29-34.
3. Carrias MIR, Andrade EGS. A Importância da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) na Enfermagem; 2012.
4. Oliveira YCA, Costa GMC, Coura AS, Cartaxo RO, França ISX. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil. Rev Comunicação Saúde Educação. 2012;16(43): 995-1008.
5. Dell'Aringa AHB, Adachi ESA, Dell'Aringa AR. A importância da leituraorofacialno processo de Adaptação de AASI. Rev Bras Otorrinolaringol 2007; 73 (1):101-5.
6. Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. Relação do paciente surdo com o médico. Rev Bras Otorrinolaringol. 2009; 75(1):147-50.
7. Gomes V, Soares CM, Muniz RM, Silva JRS. Vivência do enfermeiro ao cuidar do surdo e/ou portadores de deficiência auditiva. Rev Edit um. 2009;8(3):1-10.
8. Junior RUG, Santos DAS. Utilização da língua brasileira de sinais no atendimento ao surdo/deficientes auditivos como forma de humanização da enfermagem. Rev. Virtual de cultura surda e diversidade. 2010; 17(1): 5-12.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://deficiente fisico.com/resultados_do_censo_2010feito_pelo_ibge_sobre_pessoas_com_deficiencia>. Acesso em: 10 jun 2013.
10. Andréia G, Irani M, Talita D. Educação de surdos no Brasil. 2009. Disponível em: <<http://educacaodesurdosnobrasil.blogspot.com.br>>. Acesso em: 10 Jun 13.
11. Vilela D. Fiocruz. Blog [Internet]. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/deficiencia-auditiva.htm>>. Acesso em: 26 Jun 2013.
12. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/>>. Acesso em: 10 Jun 2013.
13. Brasil, Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 23 dez 2005.
14. Brasil, Ministério da Saúde. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora MS; 2006.
15. Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS).

LIBRAS: Língua Brasileira de Sinais. Disponível em: <<http://www.feneis.br/>>. Acesso em: 29 Jun 2013.

16. Pinott KJ, Boscolo CC. A Dramatização como Estratégia de Aprendizagem da Linguagem Escrita para o Deficiente Auditivo. Rev Bras Ed Esp. 2008; 14(1):121-40.

17. Brasil, Lei nº 7.853, de 24 de outubro 1989. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L7853.htm>>. Acesso em: 16 de julho de 2013.

18. Brasil, Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Diário oficial da República federativa do Brasil. Acesso em 23 de maio de 2013.

19. Chaveiro N, et al. Atendimento à Pessoa Surdo que Utiliza a Língua de Sinais, na Perspectiva do Profissional da Saúde. Rev Cogitare Enferm. 2010; 15(4): 639.

COMPLETUDE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE EM VALPARAÍSO DE GOIÁS, 2012-2015

COMPLETENESS OF THE INFORMATION SYSTEM OF DENGUE NOTIFICATION IN GOIÁS VALPARAISO, 2012-2015

Leidimar Soares da Silva¹, Daniela Ribeiro Guimarães Mendes²

Como citar:

Silva LS, Mendes DRG. Completude do sistema de informação de agravos de notificação de dengue em Valparaíso de Goiás, 2012-2015. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 105-16.

RESUMO

O objetivo do presente estudo é analisar a relação entre o processo de tomada de decisão e os dados prestados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Online), avaliando a completude dos registros das fichas de investigação de dengue no Município de Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015. Trata-se de um estudo documental, quantitativo e exploratório realizado no banco de dados SINAN Online, avaliando a proporção de preenchimento dos campos e a classificação da completude recomendada. Observou-se uma completude que varia de 55,71% a 60,78% nos anos avaliados no estudo. Verifica-se na prática uma incompletude geral significativa, com um percentual de preenchimento abaixo do esperado. Os dados são utilizados para promover ações diretas no combate à dengue obtiveram um bom resultado de preenchimento sendo possível realizar ações diretas de combate ao vetor, como delimitar o bairro com maior índice de infestação e realizar as buscar ativas. Nota-se uma fragilidade nos campos que contêm dados de suma importância que permitem a formulação e implementação de políticas públicas voltadas diretamente à população atingida.

Descritores: Sistema de informação em saúde; Vigilância epidemiológica; Dengue; Sinan.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the relationship between the decision making process and the data provided by the Notifiable Diseases Information System (SINAN Online), assessing the completeness of the records of dengue research records in the Municipality of Valparaíso de Goiás in the years 2012-2015. This is a documentary study, quantitative and exploratory held in SINAN Online database, evaluating the fill proportion of the fields and the recommended completeness classification. There was a completeness ranging from 55.71% to 60.78% in the years studied. There is in practice a significant overall incompleteness, with a percentage of fill below expectations. The data is used to promote direct action to combat dengue obtained a good result filling is possible to carry out direct action to combat the vector, as delimiting the neighborhood with the highest infestation index and perform search active. Notes a fragility in the fields that contains very important data that allows the formulation and implementation of public policies directly to the affected population.

Descriptors: Information system in health; Vigilance epidemiological; Dengue; Sinan.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem.

² Médica Veterinária. Mestre em Patologia Molecular. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.
daniela@senaaires.com.br

Recebido em: 23/04/2016
Aceito em: 15/06/2016

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

Vigilância epidemiológica conceitua-se como “conjunto de ações que proporciona a informação, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com o desígnio de indicar e tomar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos conforme a Lei 8.080.¹

A finalidade da vigilância epidemiológica é fornecer orientação técnica e constante para os responsáveis pela decisão e efetivação das ações de controle dos agravos e doenças. Auxiliando nesta atividade e tornando assim disponíveis informações atuais sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, e seus fatores condicionantes, em uma área geográfica ou população determinada. Sendo assim um importante mecanismo para realizar o planejamento, execução e organização dos serviços em saúde. Sua execução abrange um ciclo completo de funções exclusivas e complementares que devem ser basicamente desenvolvidas de modo continuado, para possibilitar conhecer a cada momento o comportamento epidemiológico da doença ou agravo que se apresente como alvo das ações, para que as intervenções necessárias possam ser realizadas oportunamente e com o máximo de eficácia.¹

O objetivo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Online (SINAN Online) é a inclusão e disseminação de dados da notificação nas três esferas de governo em tempo hábil para uma análise eficaz e uma tomada de decisões rápida, provendo assim as informações necessárias para análise do perfil da morbidade da população. Este sistema permite a exportação de dados, em formato DBASE, para tabulação de dados em outros softwares. Atualmente o sistema permite a inclusão apenas do agravo de dengue. É um sistema utilizado exclusivamente pelo Ministério da Saúde, Unidades Federadas (Secretarias Estaduais de Saúde e Regionais de Saúde), Municípios (Secretarias Municipais de Saúde, Distritos Sanitários e Unidades de Saúde).²

Dengue é uma doença febril aguda, cujo agente etiológico é um vírus do gênero *Flavivirus*, atualmente existem quatro sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. As manifestações alteram de uma síndrome viral, inespecífica e benigna, até um quadro grave e letal de forma hemorrágica e com choque. Os maiores fatores para agravamento dos casos é a cepa do sorotipo do vírus infectante, o estado imunológico e genético do paciente, a associação com outras doenças e uma infecção anterior por outro sorotipo da doença. É transmitida ao homem pela picada do mosquito *Aedes aegypti*.³ É considerada um dos grandes problemas de saúde pública no mundo, principalmente em países de clima tropical, onde as condições socioambientais beneficiam a proliferação de seu vetor.⁴

A notificação compulsória e investigação dos casos suspeitos de dengue são obrigatórias. Sendo que todo caso que for considerado como suspeito ou que for confirmado deve ser notificado ao núcleo de Vigilância Epidemiológica, por meio das fichas de notificação e investigação ou via telefônica, ressaltando que, os casos graves deverão ser informados imediatamente ao serviço de vigilância. ⁽⁴⁾. Para ser realizada em tempo hábil, a ficha de notificação deverá ser inserida no SINAN Online em no máximo sete dias.

A obrigatoriedade da notificação é amparada pela LEI Nº 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975. Que diz no Art. 8º: É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovada ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.⁵

Esta pesquisa tem por objetivo analisar a completude no preenchimento das fichas de investigação dos casos de dengue, através do sistema SINAN Online, no município de Valparaíso de Goiás, 2012-2015. A pesquisa buscou verificar a qualidade dos dados prestados ao Ministério da Saúde, para as ações e tomada de decisão de políticas públicas.

MÉTODO

O presente estudo realizou uma pesquisa documental, quantitativa e exploratória realizada no banco de dados SINAN Online - Dengue, com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Valparaíso de Goiás no período de 2012 a 2015. A pesquisa analisou a completude da qualidade das informações prestadas ao Ministério da Saúde através do sistema de agravo de notificação (SINAN Online), nos anos de 2012-2015.

Foram incluídos todos os casos notificados suspeitos e confirmados de Dengue entre 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015. Os casos sem duplicidade e as fichas de investigação que constaram todos os campos completos não fizeram parte do presente estudo.

Previamente realizou-se uma pesquisa bibliográfica com artigos indexados nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), *Online Brazilian Journal of Nursing* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em português.

Os dados coletados foram tabulados por meio do TabWin, em seguida analisados no Excel, fazendo uma média entre os quatros anos do estudo com formulas próprias do Excel estruturando assim gráficos para discussão dos resultados. A análise de completude do preenchimento da ficha realizou-se com base na classificação preconizada pelo SINAN, que é a seguinte: Excelente com um percentual igual ou superior a 90%. Regular com um percentual de 70% a 89%. Baixa com um percentual abaixo de 70%.⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise e avaliação da completude das fichas de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás ao longo dos anos de 2012 a 2015, objetivando-se identificar as causas impactáveis para completude ou incompletude no preenchimento das fichas de notificação e investigação, percebe-se que, após a realização de capacitações e efetiva sensibilização dos profissionais para a notificação e o correto preenchimento, houve um aumento significativo no número de notificações (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de capacitações e notificações para dos profissionais de saúde relacionado ao manejo clínico e investigatório de casos de dengue no município de Valparaíso de Goiás.

	2012	2013	2014	2015
Capacitações	0	04	05	06
Notificações	219	4240	4139	2962

Fonte: SINAN Online/SMS

Pode-se avaliar que há uma diferença expressiva no número de notificações relacionando o ano de 2012 aos anos seguintes mostrando um aumento expressivo. Observando que é fundamental a educação continuada para os profissionais de saúde.

De acordo com informações obtidas da Secretaria Municipal de Saúde o Município implementou no ano de 2014, o Plano de Contingência do Programa

Municipal de Controle da Dengue, objetivando reforçar ações de articulação intersetoriais em todas as esferas sociais e de gestão, reduzir o alto índice de pendências no Município, manter o índice de infestação pelo vetor da dengue até 1%, organizar ações de prevenção e controle da dengue, definir estratégias para redução da força da transmissão da doença, por meio do controle do vetor e de seus criadouros, disponibilizar insumos necessários para uma assistência adequada, classificar os riscos para prioridade do atendimento nos serviços de saúde, promover assistência adequada ao paciente, garantindo acesso o diagnóstico e manejo clínico adequado por profissionais de saúde habilitados, capacitar os profissionais de saúde da assistência na atenção básica e no pronto atendimento, aprimorar a vigilância epidemiológica, garantindo notificação, investigação dos casos e monitoramento dos sorotipos virais, promover a estruturação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, sensibilizar a rede privada através de capacitação para notificação dos casos suspeitos de dengue. Estabelecendo protocolos de risco e fluxo de assistência.⁷

A capacitação para os profissionais da vigilância epidemiológica e para os profissionais assistencialistas é de suma importância, pois os dados originados pelos sistemas de informação demonstram o que ocorre diretamente nos serviços de saúde, ajudando no planejamento de ações de saúde com vistas real da situação. Pois, se este importante instrumento de coleta de informação for utilizado de maneira correta, com dados concisos, a confiabilidade e a capacidade para ser utilizado em momentos diferentes tanto para pesquisa de qualidade quanto para planejamento de ações, tornam-se cada dia mais indispensável e apreciável a saúde pública.⁸

Após a análise do preenchimento da ficha de investigação de dengue que alimenta o SINAN Online, podemos com os dados gerados avaliar os campos que não são preenchidos e correlacionar às tomadas de decisões, melhorando assim as ações. A ficha de investigação é composta por 61 campos numerados, mais o campo de observação adicional e os dados do investigador.

Figura 1- Dados Gerais e de Notificação Individual da ficha de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015 (Campos de 01 a 16).

SINAN

República Federativa do Brasil **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**
Ministério da Saúde **FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE** Nº

CASO SUSPEITO: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravadoença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	DENGUE		A 90	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade			
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		

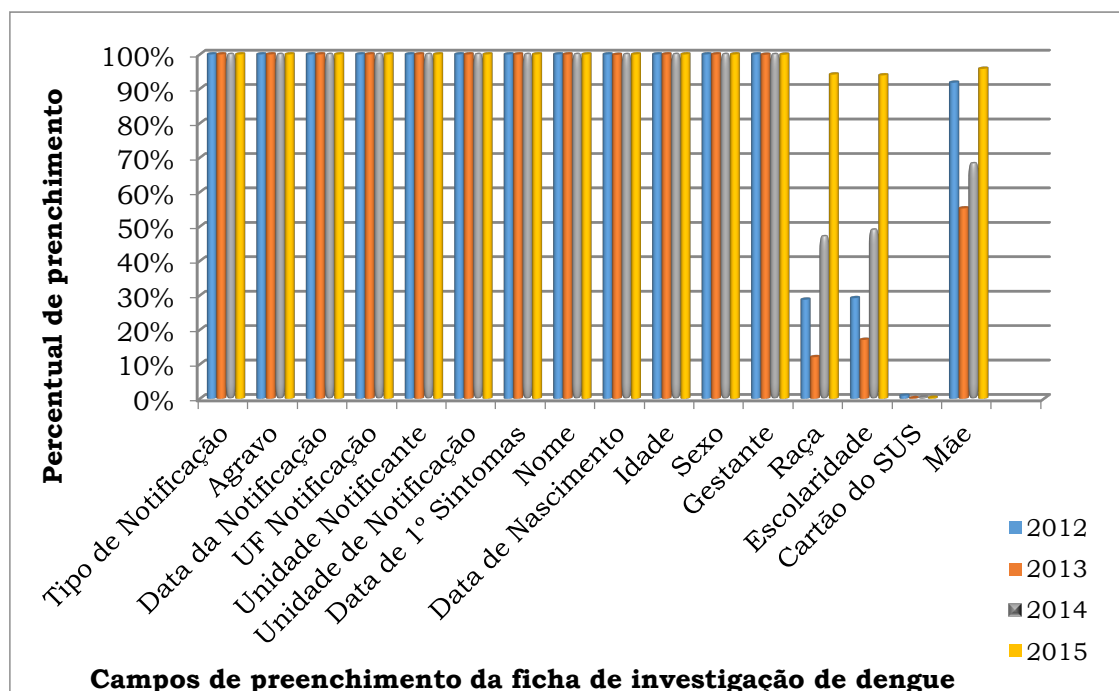
Fonte: Visa Goiás

Os respectivos campos contêm informações de dados básicos sobre a notificação, o tipo de notificação, o agravo informado, a data da notificação, a

unidade federativa, o município de notificação, a unidade de notificação, a data dos primeiros sintomas, o nome do paciente, a data de nascimento, a idade, o sexo, se é gestante, a raça/cor, a escolaridade, o número do cartão SUS e o nome da mãe (Figura 1).

Os dados gerais e de notificação individual, possibilitam delinear o perfil epidemiológico, e programar as ações de prevenção no combate à dengue. É importante observar que os dois primeiros campos (Tipo de Notificação e Agravo/doença) já são impressos na ficha, cada ficha é individual e identificada pelo Agravo/doença.⁶

Figura 2- Completude dos campos 01 a 16 da ficha de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015.



Fonte: SINAN Online

Os resultados obtidos na avaliação desses campos mostraram que os campos de 01 a 12 tiveram um índice de preenchimento entre 99 % a 100% nos quatro anos de estudo, sendo classificado como excelente. O campo 13 que refere à raça apresentou uma variação média de preenchimento entre os anos do estudo de 45,53%, sendo classificada como baixa. O campo 14 referente à escolaridade apresentou uma média de preenchimento de 47,31% classificada como baixa. O campo 15 que refere o número do cartão do SUS apresentou uma média de preenchimento de 0,45% sendo classificada como baixa. O campo 16 que refere o nome da mãe apresentou uma média de preenchimento de 77,79% sendo classificada como regular (Figura 2).

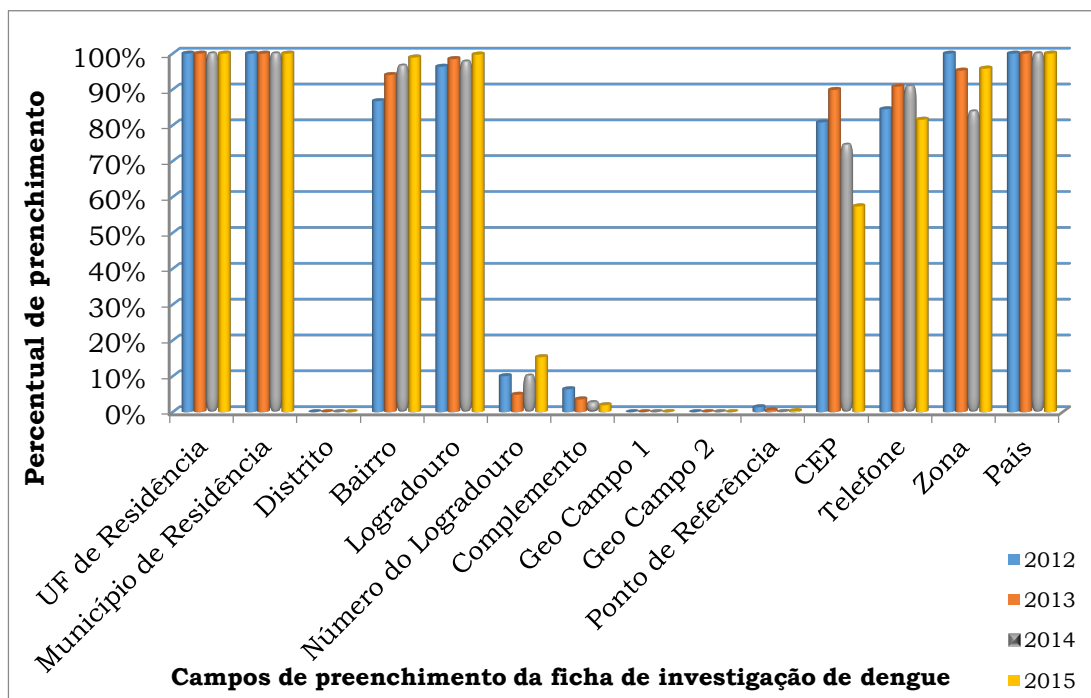
Figura 3-Dados de residência da ficha de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015 (Campos 17a 30).

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Fonte: Visa Goiás

Os respectivos campos agregam informações da residência do paciente, a unidade federativa, o município de residência, o distrito, o bairro, o logradouro, o número, o complemento, Geo campo 1 e 2, ponto de referência, o CEP, o telefone com o DDD, a zona e o país (Figura 3).

Figura 4- Completude dos campos 17 a 30 da ficha de investigação de Dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015.



Fonte: SINAN Online

Os dados da residência auxiliam no delineamento das áreas de risco com maior número de focos de mosquito vetor, visualizando assim a maior e a menor incidência de casos podendo traçar um planejamento adequado para as ações voltadas ao combate da dengue. É importante para a busca ativa dos pacientes, visando um acompanhamento adequado.⁶

Os resultados obtidos na avaliação desses campos mostraram que os campos 17 e 18 obtiveram um preenchimento de 100% nos quatro anos de estudo, sendo classificado como excelente. O campo 19 que refere a distrito não foi analisado por não conter distrito no Município de Valparaíso de Goiás. O campo 20 referente ao bairro apresentou uma média de preenchimento de 94,08% classificada como excelente. O campo 21 que refere ao logradouro apresentou uma média de preenchimento de 98,07% sendo classificada como excelente. O campo 22 que refere o número da residência apresentou uma média de preenchimento de 10,09% sendo classificada como baixa, ressaltando que na maioria das fichas este campo constava incluso no logradouro. O campo 23 que refere a complemento do logradouro apresentou uma média de preenchimento de 3,65% sendo classificada como baixa, ressaltando que não é um campo obrigatório (Figura 3).

Os campos 24 e 25 que referem à Geo campos não foram analisados por não conter Geo campos no Município de Valparaíso de Goiás. O campo 26 que refere ao ponto de referência apresentou uma média de preenchimento de 0,57% sendo classificada como baixa, ressaltando que não é um campo obrigatório. O campo 27 referente à CEP apresentou uma média de preenchimento de 75,66% sendo classificada como regular. O campo 28 referente ao número de telefone apresentou uma média de preenchimento de 86,93% sendo classificada como regular. O campo 29 que refere à zona apresentou uma média de preenchimento

de 93,72% sendo classificada como excelente. O campo 30 referente ao país apresentou uma média de preenchimento de 100% sendo classificada como excelente, ressaltando que é um campo de preenchimento automático (Figura 3).

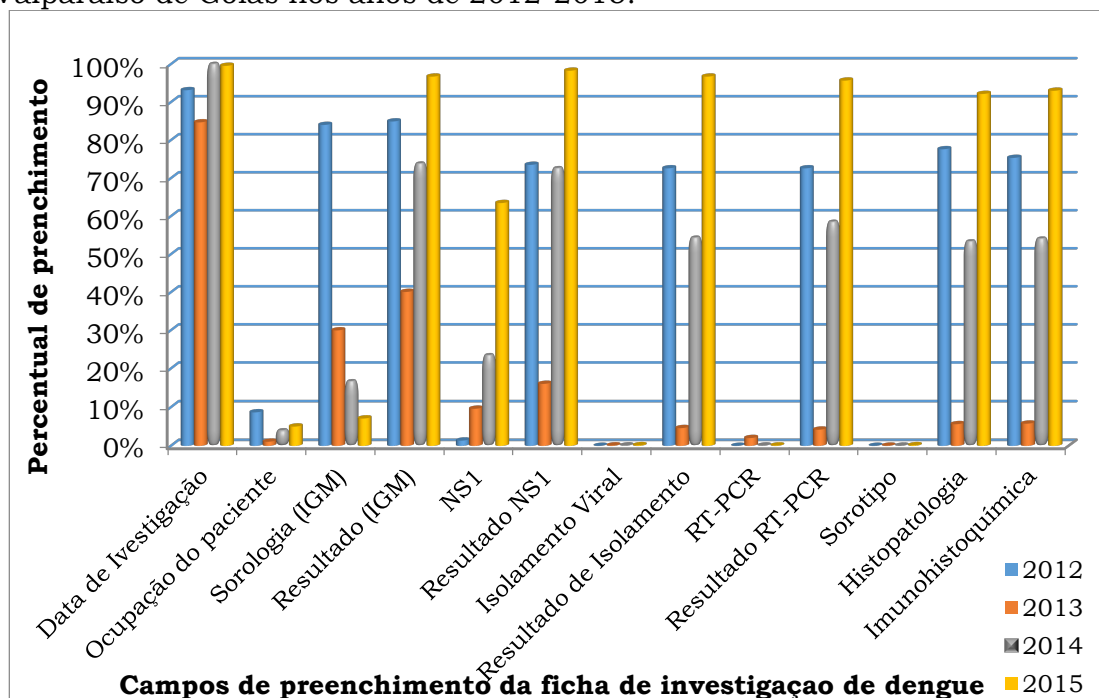
Figura 4-Dados de investigação e dados laboratoriais da ficha de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015(Campos 31a 43).

Dados laboratoriais e conclusão			
Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
Dados laboratoriais	Exame Sorológico (IgM)		Exame NS1
	33 Data da Coleta	34 Resultado 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	35 Data da Coleta
			36 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado
	Isolamento Viral		RT-PCR
	37 Data da coleta	38 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	39 Data da Coleta
			40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não Realizado
41 Sorotipo 1- DEN 1 2- DEN 2 3- DEN 3 4- DEN 4		Histopatologia	
		42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	Imunohistoquímica
			43 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

Fonte: Visa Goiás

Os campos referentes à Investigação comportam os dados de data da investigação, a ocupação do paciente. Os campos correspondentes aos dados laboratoriais agregam os exames realizados tais como: A coleta e resultado de exame sorológico (IGM), o exame de NS1, o isolamento viral, o RT-PCR, o sorotipo, a análise histopatológica e imunohistoquímica. Importante para identificação do tipo viral, e para confirmação/descarte por critérios laboratoriais(Figura 4).

Figura 5- Completude dos campos 31 a 43 da ficha de investigação de em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015.



Fonte: SINAN Online.

Na Figura 5, os resultados obtidos nessa parte da ficha mostraram que houve uma completude média entre os quatros anos de estudo, no campo 31 que refere à data da investigação do caso de 94,35%, sendo classificada como excelente. O campo 32 que refere à ocupação do paciente apresentou uma média

de preenchimento de 4,68% classificada como baixa. O campo 33 referente ao exame sorológico de IGM apresentou uma média de preenchimento de 34,43% classificada como baixa, ressaltando que o exame não é obrigatório para todos os pacientes em período epidêmico, em que o estado exige apenas 10% de sorologia de todos os casos suspeitos. O campo 34 que refere a resultado da sorologia (IGM) apresentou uma média de preenchimento de 73,88% sendo classificada como regular, justificada a diferença em relação ao campo anterior por conter na ficha a opção de Não Realizado que quase sempre é utilizada quando não se faz tal exame, como poderemos observar nos campos a seguir desta parte da ficha. O campo 35 que refere o exame de NS1 apresentou uma média de preenchimento de 24,46% sendo classificada como baixa. O campo 36 que refere a resultado de NS1 apresentou uma média de preenchimento de 65,10% sendo classificada como baixa. O campo 37 que refere a Isolamento Viral apresentou uma média de preenchimento de 0,11% sendo classificada como baixa. O campo 38 que refere a resultado do Isolamento Viral apresentou uma média de preenchimento de 57,05% sendo classificada como baixa. O campo 39 que refere a RT-PCR Viral apresentou uma média de preenchimento de 0,56% sendo classificada como baixa. O campo 40 que refere a resultado de RT-PCR apresentou uma média de preenchimento de 57,74% sendo classificada como baixa.

O campo 41 que refere a sorotipo apresentou uma média de preenchimento de 0,07% sendo classificada como baixa. O campo 42 que refere à histopatológica apresentou uma média de preenchimento de 57,18% sendo classificada como baixa. O campo 43 que refere à imunohistoquímica apresentou uma média de preenchimento de 57,04% sendo classificada como baixa (Figura 5).

Figura 6-Dados de investigação e dados laboratoriais da ficha de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015 (Campos 44 a 55).

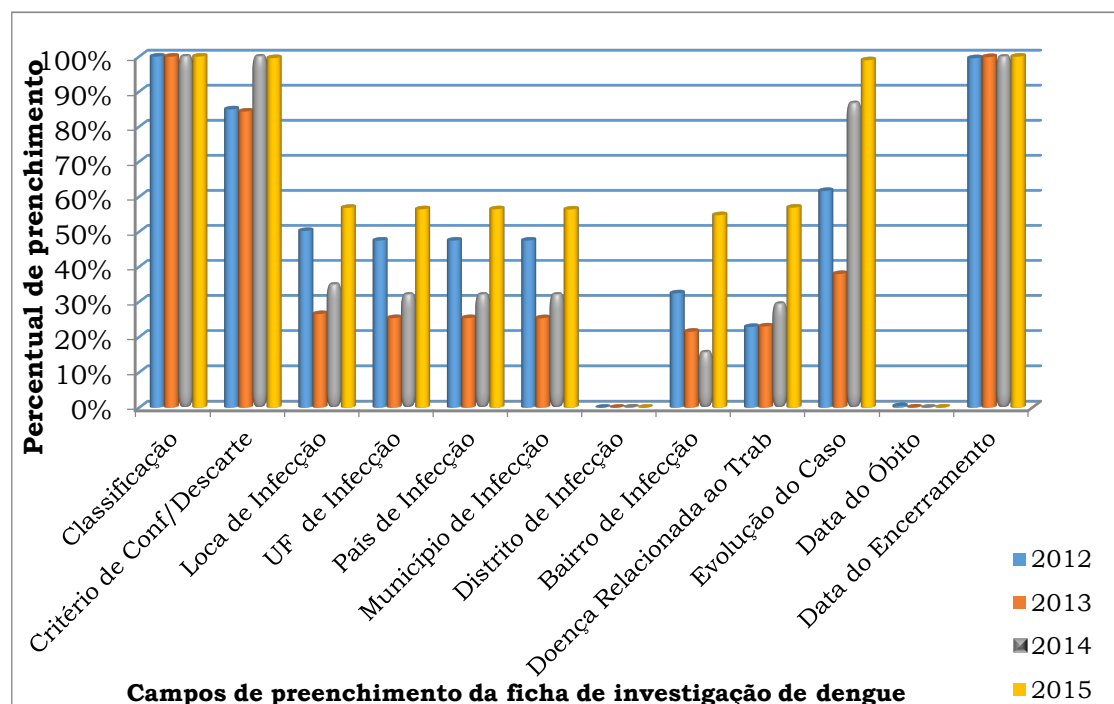
Conclusão	44 Classificação 5- Descartado 11- Dengue com sinais de alarme 10- Dengue 12- Dengue Grave		45 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 3 - Em Investigação 2 - Clínico-Epidemiológico	
	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)			
	46 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		47 UF	48 País
	49 Município	Código (IBGE)	50 Distrito	51 Bairro
	52 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito por dengue 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado	
54 Data do Óbito		55 Data do Encerramento		

Dengue Sinan Online SVS 11/12/2013

Fonte: Visa Goiás.

Os campos referentes à Conclusão reúnem os dados de confirmação e encerramento do caso, são eles: o de classificação final, o de critério de confirmação/descarte, o local provável de infecção, a UF, o país, o município, o distrito, o bairro, se a doença é relacionada ao trabalho, a evolução do caso, a data do óbito e a data do encerramento. Estes campos possibilitam estudos epidemiológicos para definir a origem dos surtos e possíveis epidemias ⁽⁶⁾. Permitem a análise de confirmação e descarte laboratoriais dos casos, bem como a autoctonia e evolução dos mesmos(Figura 6).

Figura 7- Completude dos campos 44 a 55 da ficha de investigação de Dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015.



Fonte: SINAN Online.

Nos resultados obtidos na Figura 7, pode-se perceber que houve uma completude média entre os quatro anos de estudo, no campo 44 que refere à classificação do caso de 99,99%, sendo classificada como excelente. O campo 45 que refere a critério de confirmação/descarte apresentou uma média de preenchimento de 92,20% classificada como excelente. O campo 46 que refere à local provável de infecção apresentou uma média de preenchimento de 42,11% classificada como baixa, ressaltando que esse campo é preenchido apenas quando o caso é confirmado. O campo 47 que refere à UF de infecção apresentou uma média de preenchimento de 40,32% classificada como baixa. O campo 48 que refere à país de infecção, apresentou uma média de preenchimento de 40,32% classificada como baixa. O campo 49 que refere à Município de infecção, apresentou uma média de preenchimento de 40,29% classificada como baixa.

O campo 50 que refere à distrito de infecção apresentou uma média de preenchimento de 0,02% classificada como baixa, mostrando uma inconsistência pois não existe distrito no Município de Valparaíso de Goiás. O campo 51 que refere à bairro de infecção, apresentou uma média de preenchimento de 31,06% classificada como baixa. O campo 52 que refere se a doença é relacionada ao trabalho, apresentou uma média de preenchimento de 33,02% classificada como baixa. O campo 53 que refere a evolução do caso apresentou uma média de preenchimento de 71,30% classificada como regular. O campo 54 que refere data do óbito apresentou uma média de preenchimento de 0,13% classificada como baixa, ressaltando que esse campo somente é preenchido quando o paciente vai a óbito, no período que compreende a data de notificação e a data de encerramento independentemente da causa. O campo 55 que refere à país de infecção, apresentou uma média de preenchimento de 99,83% classificada como excelente. Ressalta que os campos de 46 a 52 somente são preenchidos quando o caso é confirmado. (Figura 7)

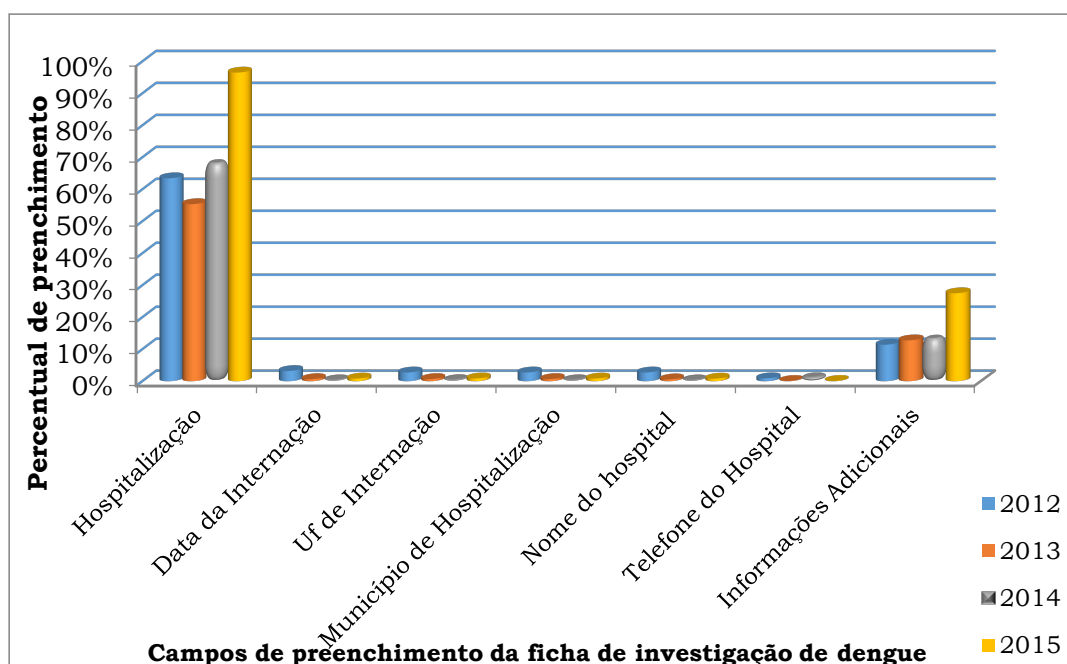
Figura 8- Dados de hospitalização, informações complementares/observações e dados do investigador, da ficha de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015 (Campos 56 a 61).

Hospitalização	56 Ocorreu Hospitalização? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	57 Data da Internação	58 UF	59 Município do Hospital	Código (IBGE)
	60 Nome do Hospital	Código	61 (DDD) Telefone		
Informações complementares e observações					
Observações Adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura		
Dengue					
Sinan NET / Sinan Online					
SVS 09/07/2013					

Fonte: Visa Goiás.

Os campos referentes a dados de hospitalização contêm os seguintes campos: Ocorreu hospitalização se sim qual a data, a UF de hospitalização, o município de hospitalização, o nome do hospital e o telefone do hospital. As observações adicionais são destinadas às informações que complementem o caso e que o profissional julgue como necessário anotar. Os campos referentes à Investigador são destinados à identificação do profissional que investigou ou notificou o caso, contêm o município e a unidade de saúde, o nome do investigador, a função e a assinatura do mesmo, é um campo que não é digitado no sistema e é comportado apenas na ficha, por esse motivo não foi analisado neste trabalho(Figura 8).

Figura 9- Completude dos campos 56 a 61 mais observações adicionais da ficha de investigação de Dengue em Valparaíso de Goiás nos anos de 2012-2015.



Fonte: SINAN Online.

Os resultados obtidos na avaliação desta parte da ficha de investigação de dengue mostraram que o campo 56 que refere à hospitalização, apresentou

uma média de preenchimento de 70,85% sendo classificada como regular. O campo 57 que refere à data de hospitalização apresentou uma média de preenchimento de 1,27% classificada como baixa, ressaltando que os campos 57 a 61, só serão preenchidos se houver hospitalização. O campo 58 que refere à UF de hospitalização apresentou uma média de preenchimento de 1,21% classificada como baixa. O campo 59 que refere município de hospitalização apresentou uma média de preenchimento de 1,19% classificada como baixa. O campo 60 que refere nome do hospital apresentou uma média de preenchimento de 0,59% classificada como baixa. O campo 61 que refere ao telefone do hospital de internação apresentou uma média de preenchimento de 16,22% classificada como baixa. (Figura 9).

Tabela 2 – Resumo da classificação de completude das fichas de investigação de dengue em Valparaíso de Goiás 2012-2015.

Ano	2012	2013	2014	2015
Quantidade de notificações	219	4240	4139	2962
Completude da ficha	55,71%	43,43%	51,32%	60,78%

Fonte: SINAN Online

Os sistemas de informação em saúde são uma importante ferramenta usada pelos gestores como indicador para tomar as decisões necessárias. Para que isso aconteça, os profissionais necessitam estar capacitados acerca do sistema utilizado, e cientes da sua importância para a assistência em saúde.⁶

Portanto, na Tabela 2, observa-se que, no município de Valparaíso de Goiás ocorreu uma incompletude geral significativa, com um percentual de preenchimento abaixo do esperado, durante os quatro anos analisados na pesquisa, percebeu-se que nenhum ano atingiu a completude esperada, para ser considerado como excelente, que segundo a classificação do SINAN é acima de 90%.

Após a análise entre os anos de 2012 a 2013 nota-se uma queda de 12,28%, na completude das fichas de investigação, que pode ser justificado tanto pela alta rotatividade dos profissionais capacitados no adequado preenchimento, quanto pelo aumento percentual de 1'963,073 % no número de notificações, onde provavelmente este acréscimo interferiu na qualidade do preenchimento das fichas, visto que não houve ampliação de recursos humanos para suprir a demanda de notificações.

Na comparação entre os anos de 2014 a 2015 houve uma diminuição de 71,56% na quantidade de notificações. Este fato deve-se possivelmente à implementação do Plano de Contingência Municipal que tinha como metas implementar o fluxo de notificação/investigação dos casos suspeitos de dengue, implementar mecanismos para intensificação das políticas de saúde, saneamento e meio ambiente, promover ações de prevenções para reduzir o número de casos de dengue e controlar processo epidêmico, reduzir a incidência de casos graves por dengue, estimular a cidadania e inclusão da comunidade nas decisões das ações em saúde no controle da dengue, articular junto às demais Secretarias planejamento das ações, organizar a Rede Assistencial.⁷

Entre os anos de 2014 a 2015 houve um aumento percentual de 9,46% na completude da ficha, o fato pode ser justificado devido à continua educação permanente dos profissionais e análise dos dados.

Contudo, os dados que são utilizados para promover ações diretas no combate à dengue, tais como: nome do paciente, data de notificação, data de primeiros sintomas, nome do bairro, logradouro e telefone, obteve um nível

satisfatório de preenchimento, o que possibilitou realizar ações diretas de combate ao vetor, como por exemplo, delimitar o bairro com maior índice de infestação e realizar as buscas ativas principalmente aos pacientes com sinais de agravamento. Portanto, nota-se uma fragilidade nos campos que se referem à raça/cor, a escolaridade e o cartão do SUS, pois eles contêm dados de suma importância que permitem a formulação e implementação de políticas públicas voltadas diretamente à população atingida. Tais campos apresentam uma completude muito abaixo do esperado prejudicando assim a qualidade dos dados informados a instância federal.

CONCLUSÃO

A avaliação da completude do preenchimento das variáveis da ficha de investigação de dengue revelou uma situação desfavorável, comprometendo a qualidade dos dados informados ao Ministério da Saúde (MS) com um preenchimento falho e incompleto seja pela impossibilidade de informar os dados, pela falta de interesse profissional ou simplesmente pela desvalorização dessas informações como auxílio para tomaras decisões. É uma realidade vista apesar de o número de capacitações para os profissionais de saúde terem aumentado gradualmente de um ano para o outro, ressaltando que não temos informações de capacitações no ano de 2012.

Porém, ainda há muito que melhorar na coleta de dados para se obter uma investigação epidemiológica efetiva e de qualidade, investindo cada vez mais em capacitações e educação permanente para os profissionais de saúde, promovendo a conscientização e responsabilidade na qualidade dessas informações prestadas. Investindo em profissionais com vínculo protegido e continuidade do Plano de Contingência Municipal, para que assim as ações continuem a repercutir na qualidade dos dados inseridos no SINAN e assim melhorar a análise e monitoramento permitindo intervenções oportunas de acordo com o perfil epidemiológico, e possibilitar a efetiva implementação de políticas públicas direcionadas à população vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa. 2009; 5:1-816.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS, Sinan Online Manual de Operação. 2011;2.3(1):1-101.
3. TauilP L. Urbanização e ecologia do dengue. Cad. Saúde Pública. 2001;17:99-103.
4. Cadernos de Atenção Básica, Vigilância Em Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. 2008;2(21):06-42.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria MS nº 2.325/2003. Brasília: Distrito Federal; 2003.
6. Barreto PA, Braga ALS, Andrade M. Avaliação da completude dos registros de dengue: estudo exploratório das notificações compulsórias. Braz j nurs. 2012;11(3):47-829.
7. Gerência de vigilância em saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Valparaíso de Goiás, Plano de Contingência Municipal, 2014; 2:3-6.
8. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev bras epidemiol. 2005;8(4):419-24.
9. Sinan Online. Brasil: Departamento de Informática do SUS; 2015. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>
10. Suvisa, Superintendência de Vigilância em Saúde. Acesso 08 março 2016. Disponível em: <http://www.visa.goias.gov.br>

OS BENEFÍCIOS DA INTERNET NA VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA-GOIÁS

THE BENEFITS OF THE INTERNET IN THE LIVES OF ELDERLY IN LUZIÂNIA, GOIÁS

Silmara Lúcia Meireles¹, Renata Costa Fortes²

Como citar:

Meireles SL, Fortes RC. Os benefícios da internet na vida dos idosos do município de Luziânia-Goiás. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 117-23.

RESUMO

Analisou-se os benefícios da internet na vida dos idosos pertencentes ao Projeto "Conviver" no município de Luziânia-Goiás, onde foi realizada uma pesquisa de campo com amostra de 37 idosos de ambos os sexos através de um questionário contendo as variáveis: estado civil, renda, escolaridade, doenças, prática de atividade física, etilismo e tabagismo. Aplicou-se um questionário para avaliar o acesso à internet, a realização de cursos de informática, a finalidade do uso da internet e os benefícios. Observou-se que 78% dos idosos eram mulheres, 35% casados, 13% recebiam menos de um salário mínimo por mês e 5% analfabetos. Constatou-se que 56% eram hipertensos, 24% dislipidêmicos, 13% diabéticos, 3% etilistas, 5% tabagistas e 5% sedentários. Ao analisar o uso da internet, 57% referiram utilizar esse meio de comunicação. Destes, 43% eram capacitados e os acessos mais prevalentes foram: redes sociais (37%), sites de pesquisa (31%), de notícias e esportes (12%), de jogos (6%), de entretenimento (6%) e serviços bancários, trabalho, entre outros (6%). Quanto aos benefícios da internet, 95% disseram que a internet foi capaz de proporcioná-los, destacando-se mais informações e conhecimento (41%), maior comunicação com familiares e amigos (31%), exercício da memória e aumento da autoestima (10%), diversão e entretenimento (6%), amigos (6%) e facilidade cotidiana (6%). O uso da internet foi capaz de proporcionar benefícios aos idosos, com consequente aumento da autoestima e das possibilidades de conhecimento, comunicação e lazer.

Descritores: Idosos; Internet; Redes sociais.

ABSTRACT

We examined the benefits of the Internet in the lives of elderly people belonging to the project "Living" in the municipality of Luziânia, Goiás, where a field survey with a sample of 37 elderly men and women through a questionnaire was made containing the variables: state civil, income, education, disease, physical activity, alcohol consumption and smoking. Applied a questionnaire to evaluate access to the Internet, conducting computer courses, the purpose of using the internet and benefits. It was observed that 78% of the elderly were women, 35% married, 13% received less than one minimum wage per month and 5% illiterate. It was found that 56% were hypertensive, 24% had dyslipidemia, 13% diabetics, alcoholics 3%, 5% and 5% smokers sedentary. By analyzing the use of the internet, 57% reported using this medium. Of these, 43% were qualified and the most prevalent access were: social networks (37%), research sites (31%), news and sports (12%), games (6%), entertainment (6%) and banking, labor, among others (6%). The benefits of the Internet, 95% said the internet was able to provide them, especially more information and knowledge (41%), increased communication with friends and family (31%), the exercise of memory and increased self-esteem (10%), fun and entertainment (6%), friends (6%) and everyday ease (6%). The use of the Internet was able to provide benefits to the elderly, leading to increased self-esteem and the possibilities of knowledge, communication and leisure.

Descriptors: Elderly; Internet; Social networks.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem,
Faculdade de Educação e
Ciências Sena Aires.

² Nutricionista, Doutora em
Nutrição Humana, Universidade
Paulista.
renata@senaaires.com.br

Recebido em: 28/04/2016
Aceito em: 17/06/2016

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS¹ define-se população idosa, nos países em desenvolvimento, como aquela com idade igual ou superior a 60 anos, ao passo que nos países desenvolvidos considera-se idosa a população a partir dos 65 anos de idade.

O perfil dos idosos vem se modificando nos últimos anos, visto que enfrentam desafios que variam em dimensões e dificuldades, mas é fundamental que sejam inseridos na sociedade pelas suas experiências e pelo que têm a oferecer e a contribuir.²

No Brasil, a população que mais cresce é a dos idosos, este fenômeno é mundial, tornando a capacidade funcional a mais operacional da saúde do idoso³, visto que está associada com a saúde física, saúde mental, independência, interação social, suporte familiar e econômico. Sendo assim, a capacidade funcional tem relação com a independência e autonomia para uma vida saudável e não apenas como ausência de doenças.³

O uso de ferramentas digitais, tais como, computadores, telefones celulares, caixas eletrônicos, e a internet também é um fenômeno em crescimento, e é um meio de interação social. Estas ferramentas aumentam o poder de comunicação, acesso às informações e diversos serviços.³

Os idosos estão utilizando cada vez mais essas ferramentas para se comunicar, ter acesso aos mais diversos tipos de informações, o que contribui para uma melhor capacidade funcional e qualidade de vida.³

Talvez, por isso, o Estatuto do Idoso no artigo 21, § 21 diz que “os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna”.⁴

Os idosos devem usufruir dos meios tecnológicos transformando, assim, a imagem da velhice, deixando de ser um expectador passivo e passando a ser mais atuante na sociedade, isto em virtude dos programas direcionados à melhoria da qualidade de vida – QV.²

Evidências científicas têm demonstrado que a informática é capaz de beneficiar os idosos na melhoria da cognição, autonomia, comunicação, relação com os familiares e amigos, conhecimento sobre assuntos relacionados à saúde, dentre outros, com consequente aumento da autoestima, independência e melhoria da qualidade de vida.⁵⁻⁶

Logo, torna-se imprescindível favorecer uma boa QV na senescência, utilizando-se como instrumento a informática. Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos do uso da informática no cotidiano de idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo que foi realizado no Centro de Convivência do Idoso, no município de Luziânia-GO, no período de fevereiro a abril de 2016. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires em 23 de novembro de 2015 e encontra-se sob apreciação ética.

A amostra foi constituída de idosos, de ambos os sexos, que participam do Projeto “Conviver” do Centro de Convivência do Idoso. Este projeto foi implantado no município de Luziânia em outubro de 1999 para atender a pessoa idosa e conta atualmente com aproximadamente 800 participantes com idade a partir de 50 anos tendo como objetivo:

- Contribuir para o envelhecimento ativo, saudável e autônomo;

- Assegurar um espaço para o encontro dos idosos promovendo atividades específicas que levem em conta suas limitações físicas, mentais e emocionais;
- Detectar interesses e motivações dos idosos;
- Desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos;
- Estimular a convivência e fortalecimento de vínculos sociais e familiares;
- Promover desenvolvimento da autoestima;
- Preparar o cidadão para um envelhecimento saudável e produtivo;
- Viabilizar a participação ativa dos idosos na sociedade;
- Trabalhar relacionamento humano e competição saudável;
- Prevenir a institucionalização assegurando a convivência familiar.

Os critérios de inclusão utilizados na pesquisa foram indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, integrantes do Projeto Conviver a, no mínimo, seis meses. Foram excluídos os idosos considerados sem discernimento, incapazes de responder à entrevista, deficientes visuais e auditivos.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados um questionário semiestruturado com 07 (sete) perguntas fechadas, contendo as seguintes variáveis socioeconômicas e clínicas: estado civil, renda familiar, escolaridade, doenças, prática de atividade física, ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo.

Para avaliar os efeitos do uso da informática no cotidiano dos idosos, realizou-se uma entrevista contendo 07 (sete) perguntas relacionadas ao tema, tais como: presença de computador no domicílio, utilização do computador em qualquer âmbito, acesso à internet, realização de algum curso de informática, finalidade do uso da internet e benefícios proporcionados pela mesma.

Todos os idosos que atenderam aos critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B) após informações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos de estudo. Foi garantido aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato de suas informações, assegurando a confiabilidade e a privacidade, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

A análise de dados foi realizada de forma descritiva com cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e porcentagens para as variáveis qualitativas, utilizando-se o software Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo, 37 idosos integrantes do Projeto Conviver do Centro de Convivência do Idoso, em Luziânia - Goiás. Destes, 78% (n = 29) eram do sexo feminino, 35% (n = 13) eram casados e 30% (n = 5) recebiam menos de um salário mínimo por mês (Tabela 1).

A literatura mostra que o número de mulheres é predominante nos grupos de convivência e a sua maior expectativa de vida, confirmando a menor participação masculina nos estudos entre os idosos, ocorre devido à diferença de mortalidade de gênero.⁷

O estado civil dos idosos estudados não concorda com os achados demográficos do Brasil e das Américas onde é diretamente proporcional à idade, ou seja, a viuvez predomina.⁷ Entretanto, o fato dos idosos casados predominarem na pesquisa pode ser justificado pela média de idade ser de idosos jovens.

Um estudo realizado em sete cidades brasileiras aponta que a média salarial dos idosos é de 3,9 salários mínimos, o que diverge da presente pesquisa, onde 13% (n = 5) recebiam menos de 1 salário mínimo e a maioria

(60%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos.⁸

Quanto à escolaridade, constatou-se que 35% (n = 13) dos idosos não concluíram o ensino fundamental, 5% (n = 2) não terminaram o ensino médio e 5% (n = 2) eram analfabetos (Tabela 1). O fato de a maioria dos idosos não concluírem o ensino fundamental pode ser justificado porque antigamente não existia a possibilidade de trabalhar e estudar, assim, muitas pessoas deixavam o estudo pela necessidade de auto sustento e familiar.⁷

Segundo Gracia e Herrero *apud* Arakawa⁹, dois dos principais fatores que dificultam o uso da internet são a idade e a escolaridade, afirmam, ainda, a necessidade da inclusão digital para o público idoso para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida desta população.

Em relação à condição clínica, observou-se que 56% (n = 21) dos idosos possuíam hipertensão arterial sistêmica, seguidos de 24% (n = 9) com hiperlipidemia e 13% (n = 5) diabetes *mellitus* (Tabela 1).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) *apud* Orlandi e Pedro¹⁰ apontam um maior índice de doenças crônicas não transmissíveis, necessitando ações socioeducativas de promoção e prevenção de saúde. A senescência traz consigo, entre outras alterações, a incidência e também a prevalência de doenças crônicas, um problema que também afetou os participantes do presente estudo.¹¹

Na análise do estilo de vida, averiguou-se que 3% (n = 1) dos idosos faziam ingestão de bebidas alcoólicas, 5% (n = 2) referiram o hábito de fumar cigarros, charutos ou similares e 95% (n = 35) praticavam algum tipo de atividade física pelo menos, 3 vezes por semana (Tabela 1).

A prática de atividade física reduz a pressão arterial e os níveis glicêmicos, sendo recomendada para todos os hipertensos e diabéticos, também auxilia no bem-estar e no humor. ¹²

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas dos idosos integrantes do Projeto Conviver do Centro de Convivência do Idoso, Luziânia - Goiás. Fevereiro/Abril 2016 (n = 37).

Variáveis	n	Fp (%)
Sexo		
Masculino	08	22%
Feminino	29	78%
Estado Civil		
Solteiro	05	13%
Casado	13	35%
Divorciado	08	22%
Viúvo	11	30%
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	05	13%
1-3 salários mínimos	22	60%
4-6 salários mínimos	07	19%
Mais de 6 salários mínimos	03	8%
Escolaridade		
Analfabeto	02	5%
Ensino fundamental incompleto	13	35%
Ensino fundamental completo	06	16%
Ensino médio incompleto	02	5%
Ensino médio completo	10	27%
Superior incompleto	01	2%
Superior completo	04	10%

Doenças		
Hipertensão arterial	21	56%
Diabetes <i>mellitus</i>	05	13%
Hiperlipidemia	09	24%
Ausente	13	35%
Prática de atividade física		
Sim	35	95%
Não	02	5%
Etilismo		
Sim	01	3%
Não	36	97%
Tabagismo		
Sim	02	5%
Não	35	95%

Legenda: n = número de idosos. Fp (%) = frequência percentual.

Nota: Salário mínimo: equivalente a 880 reais.

Dos idosos entrevistados, 57% (n = 37) referiram fazer o uso da internet (Figura 1), sendo 76% (n = 16) pertencentes ao sexo feminino e 24% (n = 5) ao sexo masculino.

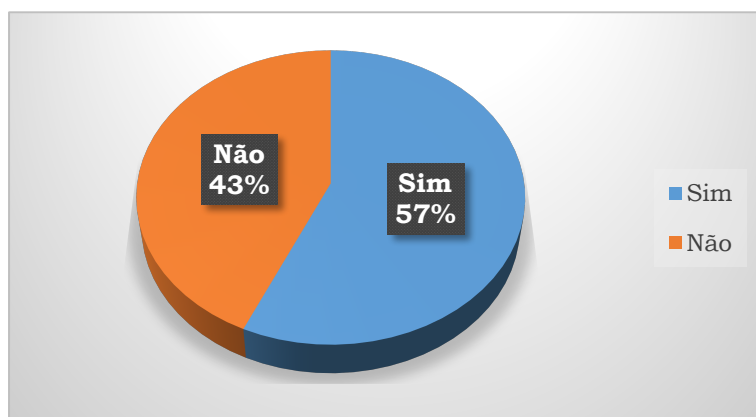


Figura 1- Prevalência de idosos integrantes do Projeto Conviver que utilizam a Internet. Centro de Convivência do Idoso. Luziânia - Goiás. Fevereiro/Abril 2016 (n = 37). Goiás, 2016.

Ao investigar se os idosos foram capacitados para navegar na internet, 43% (n = 9) referiram que sim e 57% (n = 12) disseram que não tiveram capacitação. Os resultados de uma pesquisa demonstraram que a maioria dos idosos (47%) que utiliza computadores, aprendeu a utilizá-lo com os membros da própria família, 16% aprendeu com amigos, 10% sozinho, 11% no trabalho e 16% em cursos profissionalizantes. ¹³

Dos idosos que utilizavam a internet, 37% (n = 13) acessavam as redes sociais, 31% (n = 11) os sites de pesquisas, 12% (n = 4) sites de notícias e esportes, 6% (n = 2) sites de jogos, 6% (n = 3) sites de entretenimento como vídeos e filmes e 6% (n = 2) outras finalidades, como serviços bancários e trabalho.

Um estudo mostrou que, dos idosos que utilizavam a internet, 29% acessavam as redes sociais, enquanto, na presente pesquisa, 37% dos idosos que utilizavam a internet acessavam as redes sociais principalmente para se comunicar com amigos e familiares. ¹⁴

Ao serem questionados se a internet trouxe benefícios, 95% (n = 20) dos idosos responderam positivamente, ao passo que 5% (n = 1) informaram ausência de benefícios, concordando com um estudo em que por unanimidade,

os idosos responderam que a internet trouxe muitas melhorias e que é essencial para suas vidas.¹⁰

Quanto aos benefícios proporcionados pela internet, 41% (n = 14) dos idosos referiram à obtenção de mais informações e conhecimento, 31% (n = 10) maior comunicação com os familiares e amigos, 10% (n = 3) exercício da memória e aumento da autoestima, 6% (n = 2) diversão e entretenimento, 6% (n = 2) novas amizades e 6% (n = 2) disseram que a internet facilita o dia a dia (Figura 2).

A internet amplia todas as dimensões da vida do idoso, com possibilidades de comunicação, conhecimento e lazer. Além disso, ela pode aumentar o círculo social do idoso, favorecer a inclusão social, proporcionar um estímulo mental, melhorar o bem-estar e os aspectos como depressão, solidão e autocontrole.¹⁵

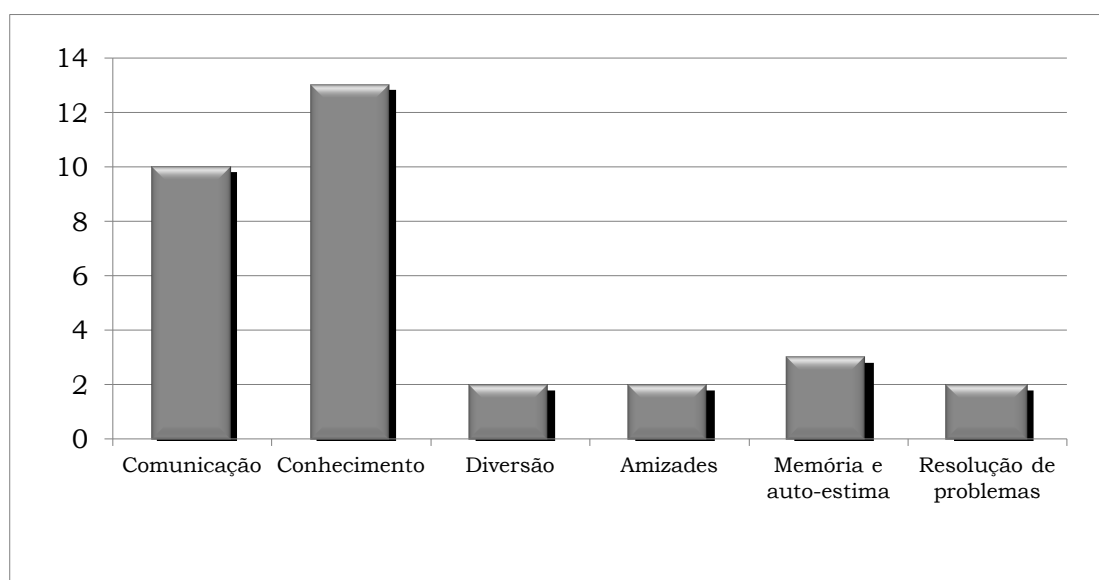


Figura 2- Principais benefícios relatados pelos idosos integrantes do Projeto Conviver sobre o uso da Internet. Centro de Convivência do Idoso. Luziânia - Goiás. Fevereiro/Abril 2016 (n = 37). Goiás, 2016.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam que a internet traz vários benefícios aos idosos, nas dimensões físicas, sociais e psicológicas, aumentando as possibilidades de conhecimento, comunicação, lazer, entre outras.

Essa população, em franca expansão, tem a necessidade de um maior cuidado e atenção por parte dos profissionais de saúde. Nesse sentido, são importantes políticas públicas que propõem a inclusão digital dos idosos visando promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Disponível em: <https://gerontounivali.wordpress.com/conceito-de-idoso/> Acesso em: 20 de novembro de 2015.
2. Bizelli MHSS, Barrozo S, Tanaka JS, Sandron DC. Informática para a terceira idade- características de um curso bem sucedido. Rev. Cien. Ext. 2009;5(2):4-14.

3. Medeiros FL, Xavier AJ, Schneider IJC, Ramos RL, Sigulem D, d'Orsi E. Inclusão digital e capacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (EpiFloripa 2009- 2010). *Rev. Brasileira de Epidemiologia*. 2012;15(1):106-22.
4. Skura I, Velho APM, Francisco CCB, Faria TG, Macuch R. Mídias sociais digitais e a terceira idade: em busca de uma ferramenta para a promoção de saúde. *Rev. Kairós Gerontologia*. 2013;16(4):237-49.
5. Perfeito CDF, Souza COV, Silva FOB, César IM, Duque LN, Monteiro M. Percepções dos longevos a cerca da educação ao longo da vida: um estudo sobre a aprendizagem da informática. *Revista Querubim*. 2012;2(16): 17-29.
6. Pereira C, Neves R. Os idosos e as TIC- Competências de comunicação e qualidade de vida. *Rev. Kairós Gerontologia*. 2011; 14(1):05-26.
7. Sobreira FM, Sarmiento WE, Oliverira AMB. Perfil epidemiológico sociodemográfico de idosos freqüentadores de grupo de convivência e satisfação quanto à participação do mesmo. *Rev. Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011;15(4): 429-38.
8. Tambara DR et al. Perfil multidimensional dos idosos participantes da campanha de vacinação contra influenza. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015; 18(4):845-54.
9. Arakawa AM. Portal dos idosos: desenvolvimento e avaliação de um web site com informações sobre a doença de Alzheimer e suas conseqüências para a comunicação. 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-03062015-104527/pt-br.php> Acesso em: 19 de junho de 2016.
10. Orlandi BDM, Pedro WJA. Pessoas idosas e a busca por informações em saúde por meio da internet. *Rev. Kairós Gerontologia*. 2014;17(2):279-93.
11. Bastos CC, Lemos ND, Mello NA. Perfil clínico-demográfico dos pacientes inseridos em um programa de assistência domiciliária de um município de São Paulo. *Rev. Kairós Gerontologia*. 2007;10(2):205-24.
12. Alves SM, Araújo MCF, Nascimento MP, Ribeiro FC, Rebouças PT, Santos TA, et al. Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. *Journal Health Sciences* 2016;18(1):48-51.
13. Pires LLA. Envelhecimento, tecnologias e juventude: caminhos percorridos por alunos de cursos de informática e seus avós. *Núcleo de Est. Interdiscipl. Envelhec*. 2013; 8(2): 293-309.
14. Sales MB, Amaral RA, Junior IGS, Sales AB. Tecnologias de Informação e Comunicação via Web: Preferências de uso de um grupo de usuários idosos. *Revista Kairós Gerontologia*. 2014;17(3):59-77.
15. Verona SM, Cunha C, Pimenta GC, Buriti MA. A percepção do idoso em relação à internet. *Temas em Psicologia*. 2006; 12(2):189-97.

O ENFERMEIRO COMO EDUCADOR PARA A PREVENÇÃO DOS PRINCIPAIS ACIDENTES OCORRIDOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

THE NURSE AS EDUCATOR FOR THE PREVENTION OF MAJOR ACCIDENTS OCCURRED EARLY CHILDHOOD

Daniele de Almeida Passos¹, Walquíria Lene dos Santos²

Como citar:

Passos DA, Santos WL. O enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 124-35.

RESUMO

O número crescente de acidentes ocorridos na primeira infância preocupa, pois o padrão destes acidentes são as proporções agravantes que atingem estas crianças. Podemos observar aqueles em que ocorre apenas o incidente leve, o que incapacita o que deforma e até mesmo o óbito. O presente estudo tem por objetivo mostrar a importância do enfermeiro como educador, na prevenção dos principais acidentes da primeira infância. Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, objetivando verificar a eficácia do papel do enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância. A partir de entrevistas com mães frequentes no programa de crescimento e desenvolvimento e acompanhamento pediátrico nas unidades de saúde de Valparaíso de Goiás que conta com 38 unidades em sua rede de saúde, realizou-se coleta de dados. A coleta se deu após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisas. O trabalho respeitou a todo o momento de sua realização a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados demonstraram que 40% dos pesquisados relataram que souberam agir no momento do acidente, sendo que 38% afirmaram que tomaram medidas adequadas, cerca de 21% relataram que entraram em pânico no momento do acidente. 81% dos pesquisados relataram que não foram orientados pelos enfermeiros. Dentre os acidentes abordados nas consultas 10% referem queda, 6% intoxicação e queimaduras e 4% afogamento. Conclui-se que o Enfermeiro deve ser visto como educador para a prevenção dos acidentes abordados.

Descritores: Acidentes na infância; Enfermagem; Cuidado.

ABSTRACT

The increasing number of accidents occurring in early childhood care, because the pattern of these accidents are aggravating proportions reaching these children. We can see those in which only the light incident occurs, which disables that distorts and even death. The present study aims to show the importance of the nurse as educator in prevention of major accidents early childhood. This is a descriptive quantitative character, aiming to verify the effectiveness of the role of the nurse as an educator for the prevention of major accidents occurring in early childhood. From interviews with frequent in mothers of growth and development and monitoring in pediatric care units in Valparaíso de Goiás which has 38 units in your network health program, held data collection. The collection took place after the ordeal of the study by the Ethics and Research Committee. The work complied with at all times of their realization Resolution No. 466/12 of the National Health Council The results showed that 40% of respondents reported that they learned to act at the time of the accident, while 38% said they have taken adequate measures, about 21% reported that they panicked at the time of the accident. 81% of respondents reported that they were not informed by the nurses. Among the accidents addressed in consultations 10% report falling, poisoning and burns 6% and 4% drowning. It is concluded that the nurse should be seen as an educator for the prevention of accidents covered.

Descriptors: Childhood accidents; Nursing; Care.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem,
Faculdade de Educação e
Ciências Sena Aires.

² Enfermeira. Mestre em
Enfermagem. Faculdade de
Educação e Ciências Sena Aires.
walquiria@senaaires.com.br

Recebido em: 28/04/2016
Aceito em: 17/06/2016

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

O ambiente domiciliar é o principal cenário dos principais acidentes ocorridos na infância, sendo as crianças na primeira infância um percentual significativo de vítimas. A OMS (Organização Mundial de Saúde) mostra em amplos estudos os altos índices destes acidentes e revela, ainda, que em boa parte quando não há o óbito, ocorrem incapacidades.¹

Alguns destes acidentes podem acarretar em sérias sequelas como lesões neurológicas, dificuldade motora, danos emocionais e até mesmo psicológicos, todas preocupantes, uma vez que estes indivíduos se encontram no auge de seu desenvolvimento.¹

Desde os primórdios da história, os acidentes com neonatos e menores de 05 anos são alarmantes. E isso foi motivo de atenção. Observam-se hoje, inúmeras políticas e medidas de proteção às crianças, sendo a educação em saúde a mais efetiva.²

Visando a melhorar a assistência em relação aos acidentes, o MS (Ministério da Saúde) traz o VIVA (projeto de vigilância de acidentes e violência) como meio de promover uma vigilância mais eficaz das violências e acidentes. De acordo com estudo por ele realizado em 2009, dos acidentes sofridos por neonatos e crianças menores de cinco anos, o ambiente domiciliar é o principal local de ocorrência, sendo 66% dos casos. Destes 60% são quedas e em 86% as vítimas são menores de 2 anos.¹

Daí a importância do domínio dos mecanismos de ação dos acidentes ocorridos na primeira infância pelo enfermeiro, pois isto o torna capaz de planejar e articular as melhores estratégias para intervir junto aos pais, orientando devidamente e prevenindo os acidentes da infância.³

Os acidentes predominantes na infância estão entre os principais problemas da saúde pública no Brasil. O domicílio é considerado o principal local onde eles ocorrem, podendo estes acidentes serem leves, moderados ou mesmo resultarem em sequelas e/ou invalidez.⁴

A partir de inúmeros agravos decorrentes destes acidentes, o MS adotou a "Política de redução de mortalidade por acidentes e violência". Com base nesta política fica clara a importância do enfermeiro como educador na promoção e prevenção destes acidentes.⁴

O enfermeiro deve ter amplo conhecimento científico sobre estes acidentes.³ As quedas, o afogamento, as queimaduras, as intoxicações e as asfixias são os campeões de ocorrência. O enfermeiro tem de estar apto a identificar, intervir e tratar se necessário.⁵

Uma vez que ele possui ampla visão sobre estes acidentes, fica facilitada a identificação dos fatores de risco, o preparo da equipe e a formação de estratégias de saúde eficazes para a comunidade.⁵

Quanto maiores os índices de educação dos pais, melhor rendimento familiar e adequado acesso à sua saúde básica, menores os índices de mortalidade infantil.³ Com base nos programas do MS, percebe-se novamente o quanto importante é a ação do enfermeiro na promoção em saúde.

O enfermeiro por ser o profissional competente e principal mediador da atenção básica tem maior acesso à população, logo fica a cargo dele o papel de orientador, no caso dos acidentes da infância, através da orientação e educação continuada dos pais, ele promove a prevenção destes acidentes e uma melhor qualidade de vida destas crianças.

Com base no exposto, o objetivo deste é verificar a importância do enfermeiro como educador, na prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância. Seriam eles: acidentes domésticos = quedas; asfixia; afogamentos; queimaduras e intoxicações.⁶ De forma que, esta possibilite uma conduta eficaz na diminuição das incidências destes acidentes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, objetivando verificar a eficácia do papel do enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância.

Um questionário sócio cultural com 16 questões objetivas e subjetivas foi aplicado a partir de entrevistas com mães frequentes no programa de crescimento e desenvolvimento e acompanhamento pediátrico nas unidades de saúde de Valparaíso de Goiás que conta com 38 unidades em sua rede de saúde.

O trabalho respeitou a todo momento de sua realização a Resolução nº466/12 do CNS - Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos), e toda legislação vigente em nosso país, respeitando todos os meus direitos como cidadão. A coleta de dados foi realizada após a autorização do comitê de ética e da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) por parte dos entrevistados.

Após todo o processo de autorização e coleta dos dados necessários à pesquisa os dados foram tabulados usando tabelas geradas pelo programa Excel e organizados como processo final do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Principais acidentes ocorridos na primeira infância

O ambiente domiciliar é o local onde mais ocorrem estes acidentes devido à maior permanência, e seus fatores ambientais de risco são de suma relevância.¹ Os danos mentais e emocionais tanto para a família quanto para a criança podem ser inúmeros, refletindo ainda na expectativa de vida, demonstrando o quão necessário e eficaz são as medidas educativas em torno destes acidentes.⁵

Na maioria dos incidentes, o fato se dá por negligência (vigília inadequada). O ambiente é novo e hostil e os perigos infinitos para os acidentes sofridos nesta fase da vida da criança, sendo eles: as queimaduras, as quedas, o afogamento, a asfixia e as intoxicações.

Tabela 1- Reação dos entrevistados perante o acidente ocorrido. Goiás, 2016.

Soube como agir	Total	%
Sim	40	40%
Não	29	29%
Reação		
Tomou medidas adequadas	38	38%
Chamou ajuda	10	10%
Entrou em pânico	21	21%

De acordo com a tabela observa-se o nível de orientação dos entrevistados diante dos acidentes e a atitude tomada para solucioná-lo.

A determinação dos fatores de risco é crucial para uma prevenção adequada. Promover por exemplo o armazenamento seguro de medicações e produtos de limpeza, proteger quinas de moveis, tomadas, janelas, berços mais seguros, monitorar a entrada em cozinhas e banheiros, são medidas simples que evitam boa parte dos acidentes sofridos na primeira infância.⁵

É importante ressaltar que, os primeiros anos de vida são os das descobertas, onde tudo é novo e a criança tende a fazer seu reconhecimento pelo tato e paladar. Devido a esses fatores, a atenção fica evidenciada, pois os acidentes rodeiam o ambiente, e pequenos descuidos podem se tornar

verdadeiras tragédias. Já é mais que evidente que a curiosidade própria da idade é o principal fator de risco para os acidentes.⁶

Para que haja a adequada qualidade de vida é primordial o compromisso do enfermeiro com a integral promoção e prevenção a partir de ações educativas dos principais acidentes ocorridos nesta fase crucial, tornando este profissional capaz de planejar e articular as melhores estratégias para intervir junto aos pais as devidas orientações para prevenção destes acidentes.⁴

Tabela 2- Perfil das orientações fornecidas nas consultas de CD. Goiás, 2016.

O enfermeiro orientou quanto aos acidentes	Total	%
Sim	19	19%
Não	81	81%
Acidentes abordados nas consultas		
Queda	10	10%
Intoxicação	06	6%
Afogamento	04	4%
Queimadura	06	6%
Não especificou	04	4%
Tipo de orientação fornecida		
Paliativa	03	3%
Preventiva	19	19%
Modo de abordagem das orientações dadas		
Por palestra	19	19%
Visita domiciliar	00	0%
Consulta de CD	11	11%
No hospital	20	20%
Momento da abordagem		
Antes de ocorrer o acidente	19	19%
Após ocorrer o acidente	11	11%

A tabela anterior mostra como o enfermeiro tem abordado os acidentes da primeira infância de forma preventiva.

“Tapetes soltos, pisos molhados, móveis com quinas, janelas sem proteção, camas elevadas, brinquedos espalhados, brinquedos e peças pequenas que podem ser introduzidos nos orifícios anatômicos como canais auditivos, boca e nariz, objetos perfuro cortantes, fogão, medicamentos e material de limpeza mal armazenados.”¹ Estes são os principais vilões para as crianças dentro do seu ambiente.

A partir destes fatores, percebe-se a importância da devida orientação para que ocorra uma adequada monitorização.¹ No intuito do diagnóstico precoce à uma promoção em saúde, permitindo que se promova uma prevenção eficaz de forma que se obtenha a devida qualidade de vida necessária ao desenvolvimento infantil.⁴

Identificação dos fatores de risco.

A hostilidade do ambiente doméstico para com a criança em desenvolvimento e clara dada a infinidade de fatores de risco a sua saúde física. Observando este agravante o MS promove atualmente “A Política nacional de redução de mortalidade por acidentes e violência com diretrizes claras”. Os protocolos de atendimento de enfermagem já prevêm a promoção de grupos educativos para orientação e prevenção destes acidentes.⁷

O ambiente físico é determinante para a saúde da criança, podendo oferecer

condições de risco para a ocorrência de acidentes. Sendo os mais comuns as quedas, a asfixia, o afogamento, as queimaduras e as intoxicações como já referidos anteriormente.⁸

A partir do nascimento o primeiro risco apresentado à criança é a asfixia, ocorrida principalmente durante o sono, onde: lençóis, travesseiro, bichinhos de pelúcia, roupa de cama e até mesmo as grades do berço associadas à roupa de cama folgada tornam-se fatores de risco eminentes. Em seguida vêm os pequenos objetos como: brinquedos, botões, enfeites, acessórios das roupinhas e até mesmo alimentos impróprios para a idade, são fatores facilitadores para a asfixia.⁷

Com uma incidência menor, porém ainda alarmante, pois ao contrario da maioria das doenças pertinentes a infância, os acidentes são inesperados e inoportunos, implantando estado de desesperança na família. O afogamento surge como uma das causas de morte em crianças.⁹

Por ser tão inesperado quando ocorre o óbito por afogamento enraiza-se no ambiente um desespero inconformista diante do que era passível de se evitar. Estima-se que seja crescente a quantidade deste tipo de acidente, caso não se promova uma campanha preventiva de forma devida. Os casos de afogamento em banheiras a partir da falsa ilusão de que devido à criança ficar sentada pode ser deixado só por alguns segundos, o afogamento por queda em banheiras durante o banho é preocupante.⁹

Tabela 3- Perfil dos tipos de afogamento. Goiás, 2016.

Afogamento / Local	Total	%
Piscina	03	3%
Amamentando	09	9%
Mamadeira	01	1%
Córrego	01	1%
Alimento (biscoito)	01	1%

Refere-se nesta tabela a proporção dos casos de quase afogamento, enquanto a Tabela 4 mostra os tipos de sequelas dos quase afogamentos, como relatado anteriormente este acidente pode resultar facilmente na mais alarmante das sequelas o óbito.

Tabela 4- Perfil das sequelas por afogamento. Goiás, 2016.

Sequelas	Tipo de sequelas apresentada	Total	%
Sim		06	6%
Não		08	8%
Permanente			
	Óbito	01	1%
Temporária			
	Asfixia	06	6%

Um dos destaques entre os acidentes predominantes na infância, as queimaduras requerem certo grau de atenção por terem sequelas graves em boa parte dos casos. O acidente precisa deixar de ser visto como uma fatalidade pelas famílias e sim um acidente previsível e evitável.¹⁰ A queimadura tanto por líquidos como por fumaça são comuns. No caso deste acidente em especial, além do trauma físico, pode-se ainda haver o trauma psíquico devido a prováveis sequelas ⁷

Tabela 5- Perfil dos tipos de queimaduras.

Queimadura / Produto	Total	%
Panela	01	1%
Óleo quente	01	1%
Forno quente	01	1%
Chapinha	01	1%
Ferro de passar	02	2%

É possível ver na Tabela 5 os tipos de produtos comuns em acidentes por queimadura. Já a tabela 6 define os tipos de sequelas por queimaduras.

Tabela 6- Perfil das sequelas por queimaduras

Sequelas	Tipo de sequelela apresentada	TOTAL	%
Sim		04	4%
Não		02	2%
Permanente	Cicatriz	03	3%
Temporária	Vermelhidão	01	1%

A vulnerabilidade da criança mediante o novo deve ser considerada o principal fator de risco, pois esta se torna propensa a sofrer acidentes. A conduta educativa do enfermeiro deve ser clara, pois por vezes, quando estes acidentes não deixam sequelas, eles levam ao óbito.¹¹

As quedas são as mais comuns e rotineiras podendo também deixar conseqüências.⁷ No caso das quedas a vigilância se mostra de extrema eficácia. É importante ressaltar que depende do tipo ou da altura da queda podem ocorrer traumas de leve a severo, podendo deixar sequelas ou mesmo o óbito. Pequenos cuidados como grades de berços resistentes, proteção em escadas, tapetes bem fixados são excelentes medidas de prevenção.¹²

Tabela 7- Perfil dos tipos de queda.

Queda / Local	Total	%
Cama	27	27%
Berço	01	1%
Sofá	11	11%
Andando	05	5%
Escada	03	3%
Andajá	02	2%
Carrinho	04	4%
Cadeira de Alimentação	03	3%
Velocipede	01	1%
Parquinho	02	2%
Escorregou no banheiro	01	1%
Árvore	02	2%
Guarda roupa	01	1%
Bebe conforto	02	2%
Bicicleta	01	1%
Engatinhando	02	2%
Banco do carro	01	1%
Esbarro em quina de móvel seguida de queda	01	1%

A Tabela 7 aborda os diferentes casos quedas, mostrando a variável podem ser os fatores de risco para este acidente. A tabela 8 traz as formas de sequelas provenientes das quedas, é valido lembrar que em alguns casos sequelas como cicatrizes dependendo da extensão e localização, podem vir a afetar a vida social da criança futuramente na fase adulta.

Tabela 8- Perfil das sequelas devido queda. Goiás, 2016.

Sequelas	Tipo de sequelas	Total	%
Sim		18	18%
Não		32	32%
Permanente	Cicatriz	09	9%
Temporária		12	12%
	Perda de dente 02	02	2%
	Fratura de membro superior	01	1%
	Fratura no nariz	01	1%
	Escoriações	08	8%

Por fim, mas não menos grave há a intoxicação tanto por produtos de higiene e limpeza como medicações mal armazenados. Estes tipos de acidentes são os mais rotineiros nesta primeira fase da infância, o engatinhar e o armazenamento deste em locais baixos ou sem travas podem ser uma combinação mortal. Mas com a devida orientação são facilmente evitados(Tabela 9).⁷

Tabela 9- Perfil dos tipos de intoxicação. Goiás, 2016.

Intoxicação / Produto	Total	%
Medicação	03	3%
Material de limpeza	01	1%
Naftalina	01	1%

Definindo os principais acidentes na primeira infância a tabela 6 demonstra o quão perigoso são os produtos químicos quando facilitado seu acesso as crianças. Enquanto que a Tabela 10 mostra as sequelas encontradas neste tipo de acidente.

Tabela 10- Perfil sequelas por intoxicação. Goiás, 2016.

Sequela	Tipo de sequela	Total	%
Sim		01	1%
Não		04	4%
Permanente		00	0%
Temporária	<i>Reação alérgica</i>	01	1%

Cada família tem um ponto a ser identificado e tratado e é neste momento que o enfermeiro entra como promotor da saúde e bem estar.⁷ A tempos políticas de atenção a criança vem sendo reformuladas pelo Ministério da Saúde visando um melhor enfoque na prevenção. A amplitude do fornecimento de atenção com o programa estratégia saúde da família tem levado a assistência para próximo da comunidade, mais ainda assim é necessário a melhoria da educação da família em relação ao ambiente domiciliar e a criança por parte do enfermeiro.¹³

Percebe-se que o contexto família deve ser bem trabalhado, pois a relação criança família ainda não é bem trabalhada no programa de crescimento e desenvolvimento, o que acaba por deixar brechas no processo de

desenvolvimento no que envolve o ambiente de convivência da criança.¹³

Cada etapa do desenvolvimento deve ser trabalhada pelo enfermeiro junto à família. De forma que ocorra uma evolução saudável e segura de acordo com a realidade de cada criança acompanhada na atenção básica.¹⁰

Em boa parte dos acidentes a família se vê incapacitada diante do acontecido, e à medida que a situação se desenvolve o sentimento de culpa torna o cuidado com a criança vítima de acidente uma tarefa tortuosa.¹¹

Uma vez que, o enfermeiro possui conhecimento, ele está apto a promover um ciclo educativo eficaz a partir dos fatores de riscos ambientais, estruturando uma estratégia eficaz para a sua população.

Estratégia de Ação

Embora não intencionais e evitáveis, como definido pelo MS, que mostra ainda que para serem evitados, estes acidentes não devem ser vistos como fatalidades.¹⁴ E mesmo tendo sido reduzidas com o tempo, os índices de mortalidade infantil continuam altos. O que preocupa nesta informação é que os óbitos ocorridos poderiam ter sido evitados. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) já tem hoje como prioridade a prevenção, garantindo o adequado desenvolvimento a criança.³

A educação deve ser trabalhada no principal foco de cada comunidade, daí a necessidade de um mapeamento epidemiológico da população a ser atendida pelo enfermeiro. A partir da incidência fica possível promover ações eficazes de prevenção.¹⁴

Tabela 11- Perfil sócio – econômico – demográfico. Goiás, 2016.

Idade das crianças pesquisadas	Total	%
05 á 24 Dias	06	6%
01 á 11 Meses	40	40%
01 á 03 Anos	37	37%
04 á 05 Anos	17	17%
Sexo das crianças pesquisadas		
Feminino	52	52%
Masculino	48	48%
Parentesco dos parentes entrevistados		
Mãe	90	90%
Pai	03	3%
Avó	03	3%
Irmã	01	1%
Prima	01	1%
Tia	01	1%
Cuidadora	01	1%
Acidentes ocorridos entre as crianças pesquisadas		
Sim	69	69%
Não	31	31%

A Tabela 11 demonstra o perfil etário da amostra estudada, o grau de parentesco dos entrevistados e a proporção dos acidentes ocorridos entre as crianças do estudo. A partir do processo educativo ocorre a adequação do ambiente e a identificação de possíveis dificuldades. O esclarecimento de dúvidas, o auxílio nas modificações tanto ambiental como de conduta, diminuem em muito os acidentes com crianças na primeira infância.¹¹

Tabela 12- Perfil do nível de orientação dos entrevistados. Goiás, 2016.

Sentem – se orientadas	Total	%
Sim	61	61%
Não	39	39%
Desejo de maiores orientações durante as consultas		
Sim	94	94%
Não	06	6%
Tipo de orientações desejadas		
Individual	51	51%
Palestras	44	44%
Não especificou	05	5%

A tabela 12 define o quão os entrevistados se sentem orientados em relação aos acidentes da primeira infância, seu desejo em relação à obtenção de maiores informações e a forma pela qual as mesmas deveriam ser abordadas.

Deve-se expor também para a família o quão complexa é uma hospitalização a fim de fortalecer a conscientização.¹¹ O programa de educação já tem se mostrado a tempos de uma ampla eficácia. E embora de um tratamento complexo para a criança vítima de intoxicação, o cuidado preventivo e de simples promoção baseando-se apenas na reorganização do armazenamento de seus agentes causadores.⁶

Quanto mais cedo iniciado o processo de aprendizado adaptativo, menos insegurança melhor atenção prestada e menor índice de acidentes. É de suma importância a presença orientadora e continua do enfermeiro com sua população na atenção básica, pois uma assistência ampla e direcionada, torna-se a melhor estratégia na prevenção dos acidentes.¹⁵

A reestruturação do domicílio deve ser promovida desde a gestação, de forma que a criança já seja concebida em um ambiente seguro. Quando a essa possibilidade, o enfermeiro deve atuar plenamente de forma que essas modificações ambientais proporcionem já de ante mão, maior segurança e conforto diante do novo, assim além de um ambiente seguro este neonato terá um acolhimento amplo e melhor favorável ao seu desenvolvimento, uma vez que a os pais vão estar melhor orientados e mais seguras para a recepção da criança.¹⁵

A partir deste processo educativo o enfermeiro proporciona uma autonomia segura e integral para os pais em relação aos primeiros anos de vida de sua criança.¹⁵ Esta educação deve ficar por conta do enfermeiro, pois é a ele cabe a tarefa de atrair sua população para a unidade de saúde, identificando seus fatores de risco, para que seja possível elaborar a melhor estratégia e educar, a fim de promover uma prevenção continuada. É através da devida orientação que, fica possível evitar os acidentes que acometem esta faixa etária.² Após conhecer sua área, a estratégia educativa fica mais fácil e estabelece-se o meio para alcançar as famílias seja por palestras, teatro, material educativo, o critério fica mais simples.¹⁴ Uma boa forma de abordar esse tema de forma ampla e em pouco tempo abrangendo um maior numero de famílias é ação conjunta de educação. Em grupo o individuo tende a trabalhar melhor suas dúvidas e fica possível expor os fatores de risco, promovendo uma estratégia mais curta. Já de outro lado a visita domiciliar pode ser um bom meio para atingir aqueles incapacitados de frequentar os grupos de orientação preventiva.⁸ Na Tabela 13, observa-se o perfil demográfico dos entrevistados.

Tabela 13- Perfil demográfico dos entrevistados. Goiás, 2016.

Município de residência dos entrevistados	Bairro	Total	%
Valparaíso de Goiás	Etapa A	07	7%
Valparaíso de Goiás	Etapa B	11	11%
Valparaíso de Goiás	Etapa C	05	5%
Valparaíso de Goiás	Etapa D	01	1%
Valparaíso de Goiás	Parque Esplanada II	04	4%
Valparaíso de Goiás	Parque Esplanada III	08	8%
Valparaíso de Goiás	Parque Esplanada V	01	1%
Valparaíso de Goiás	Ipiranga	05	5%
Valparaíso de Goiás	Ipanema	06	6%
Valparaíso de Goiás	Chácaras Bem Vinda	01	1%
Valparaíso de Goiás	Chácaras Brasil	01	1%
Valparaíso de Goiás	Chácaras Anhanguera A	02	2%
Valparaíso de Goiás	Chácaras Anhanguera C	03	3%
Valparaíso de Goiás	Jardim Oriente	09	9%
Valparaíso de Goiás	Parque das Cachoeiras	01	1%
Valparaíso de Goiás	Parque Rio Branco	05	5%
Valparaíso de Goiás	Céu Azul	08	8%
Valparaíso de Goiás	Valparaíso II	07	7%
Valparaíso de Goiás	Morada Nobre	02	2%
Valparaíso de Goiás	Santa Rita	01	1%
Cidade Ocidental	Friburgo	01	1%
Jardim do Ingá	Jardim do Ingá	05	5%
Jardim do Ingá	Jardim Zuleica	02	2%
Jardim do Ingá	Posto Ipê	01	1%
Distrito Federal	Gama	01	1%
Luziânia	Parque da Saudade	01	1%
Luziânia	Residencial Alto das Caraíbas	01	1%

Medidas de prevenção podem ser facilmente promovidas como protetores de janela, protetores de tomadas, protetores para as quinas dos moveis, travas para sanitários local adequado para o armazenamento de medicações e produtos de limpeza, triagem de plantas dando sempre preferência as não venenosas.¹ Mantendo o foco na redução da mortalidade infantil o MS agora também preconiza o bem estar e a qualidade de vida na infância. A partir da promoção em saúde o indivíduo se desenvolve de forma ampla com qualidade.¹⁶

A assistência primaria nos dias de hoje tem como primórdio de suas funções, tratarem os problemas de saúde a partir de sua base ou mesmo antes de sua instalação por meio de medidas simples de promoção em saúde. Devida a ampla e profunda formação quanto à assistência básica em saúde o enfermeiro torna-se o profissional mais habilitado para mediar um processo estrutural de orientação, educação e prevenção dos acidentes que ocorrem na primeira infância. Quando empenhado e bem preparado o enfermeiro pode diminuir a incidência de acidentes e garantir uma qualidade de vida ampla, além de um desenvolvimento completo das crianças sobre sua cobertura de atenção básica.

CONCLUSÃO

A criança tem extrema vulnerabilidade em relação ao ambiente de forma ampla e preocupante. De forma que, medidas de melhoria a sua saúde e desenvolvimento são constantemente ampliadas e aperfeiçoadas. Por ser o maior atuante da promoção em saúde junto à população, fica evidente que o enfermeiro é o principal agente promotor dos variados processos de promoção da assistência e melhoramento da saúde da criança.

A assistência prestada pelo enfermeiro deve ser ampla completa e qualificada de forma a ampliar e complementar o conhecimento de pais e familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida e completo desenvolvimento da criança, isentando-a de fatores de risco facilmente elimináveis a partir do devido processo educativo. No intuito de aperfeiçoar a atenção a criança desde o momento do nascimento ao 5ª ano de vida, a partir da prevenção da ocorrência de acidentes por esta faixa etária. Este trabalho visa definir a importância do enfermeiro orientando e educando quanto aos acidentes provenientes deste período crucial para o desenvolvimento da criança. É a partir de uma boa educação para os pais que fica possível prover melhores condições de desenvolvimento para estes jovens indivíduos diminuindo o maior número de fatores de riscos do ambiente destes pequenos.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Vigas APB, Sá NNB, Junior JBS. Acidentes e violências na infância: evidenciadas do inquérito sobre atendimentos de emergência por causa externas – Brasil, 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(9):2247-58.
2. Arruê AM, Neves ET, Bubotz FL, Jontsch LB, Zanon BP. Demanda de Um Pronto Socorro Pediátrico: Caracterização dos Atendimentos de Enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2013; 7(4):1090-7.
3. Campero PKN, Macêdo DS, Leite BCR. CD – Crescimento e Desenvolvimento: Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança. *Ext Soc*. 2010; 1(1): 1-13.
4. Miranda NA, Rezende BD, Oliveira JSF. Caracterização de Crianças Atendidas no Pronto Socorro de um Hospital Universitário. *Rev Eletr Gestão & Saúde* 2013; 4(1):1350-64.
5. Martins CBG. Acidentes e Violência na Infância e Adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013; 66(4): 578-84.
6. Tavares EO, Ballani TSL, Buriola AA. Fatores Associados À Intoxicação Infantil. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1):31-7.
7. Pereira SFA, Garcia CA. Prevenção de acidentes domésticos na infância. *Rev Enferm UNISA*. 2009[citado em 2015 jan. 16];10(2):172-7. <Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-14.pdf>>. Acesso em: 20 Dez 2015.
8. Cardoso BF, Gondim BF, Mesquita FCNR, Ferreira JM, Da Silva MV. Um dia na creche UFG: educação prevenindo acidentes. In: *Anais do VIII Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão*; 2011 jun; Goiânia, Brasil. Goiás: Universidade Federal de Goiás; 2011. S.p.
9. Szpilman D. Afogamento – Perfil epidemiológico no Brasil ano de 2010. Sobrasa – Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático. Sobrasa – Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático; 2012. Disponível em: <http://www.sobrasa.org/biblioteca/obitos_2010/Perfil_afogamento_Brasil_2012.pdf>. Acesso em: 13 Out 2015.
10. Lemos EH, Ribeiro ER. Prevenção de Queimaduras na Infância. *Cad Saúde Desen*. 2013; 2(2): 45-52.
11. Kasburger AC, Zacharias DG. Dinâmica Familiar e Suas Relações: O que acontece quando ocorre um acidente grave na família?. In: *Anais da Jornada de Pesquisa em Psicologia*; 2011 nov 25-26; Santa Cruz, Brasil. Rio Grande do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2011. p. 47-55
12. Pereira AS, Lira SA, Moreira DP. Determinação de Fatores de Risco para a Queda Infantil a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar. *RBPS*. 2010; 23(2): 101-8.
13. Gaiva MAM, Dias NS, Siqueira VCA. Atenção ao Neonato na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios para a atenção integral. *Cogitare Enferm*. 2012 Out/Dez; 17(4):730-7.

14. Paschoal SRG, Monteiro VBP, Keppler MABB. Estratégia Educativa sobre Prevenção de Acidentes Infantis para o Ensino Fundamental. Ver LEVS. 2010; 6 (6): 216-26.
15. Marcacine KL, Orati PL, Abrão ACFV. Educação em Saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém – nascido. Rev Bras Enferm. 2012; 65(1): 141-7.
16. Arruda AE, Viegas CS, Alves CRL. Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde. Revista Kairós Gerontologia. 2014;17(3):59-77.

AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NO HOSPITAL DO CORAÇÃO DO BRASIL

EVALUATION OF THE PROTOCOL OF CHEST PAIN IN THE HEART HOSPITAL OF BRAZIL

Poliana de Amorim Pereira Dias¹, Wender Antonio Oliveira²

Como citar:

Dias PAP, Oliveira WA. Avaliação do protocolo de dor torácica no hospital do coração do Brasil. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 136-49.

RESUMO

A criação do protocolo de dor torácica tem como objetivo otimizar o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) e outras doenças cardiovasculares, proporcionando um diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil. Este trabalho tem por objetivo avaliar o funcionamento do protocolo de dor torácica no Hospital do Coração do Brasil (HCB) que acrescentou em sua funcionalidade o acompanhamento do paciente desde a emergência até sua alta. Os indicadores de qualidade do protocolo de dor torácica no HCB são coletados através de uma ficha incorporada no prontuário do paciente que é preenchida pelo enfermeiro durante toda a estadia do cliente no hospital. Após sua alta a ficha é encaminhada ao setor de qualidade da instituição que atua como banco de dados servindo de base para realização desta pesquisa, onde foram coletados, analisados e comparados os indicadores de qualidade ao qual se baseia o protocolo de dor torácica e verificando se há conformidades com as metas previstas de acordo com as diretrizes vigentes na Sociedade Brasileira de Cardiologia e outras instituições hospitalares equivalentes. Os dados obtidos nos meses de Agosto e Setembro servirão como prospecção para a melhora da assistência a dor torácica na instituição, bem como a avaliação do sucesso e eficácia do protocolo de dor torácica.

Descritores: Protocolo; Dor torácica; Infarto agudo; Miocárdio; Cardiologia.

ABSTRACT

The creation of the chest pain protocol aims to optimize the care of patients with acute myocardial infarction (AMI) and other cardiovascular diseases, providing an early diagnosis and timely treatment. This work aims to evaluate the performance of chest pain protocol Heart Hospital of Brazil (HCB) that feature added in your monitoring of the patient from emergence until their high. The quality indicators chest pain protocol in HCB are collected through a built-in patient record that is filled by nurses throughout the client's stay in the hospital record. After discharge plug is referred to the quality sector of the institution that acts as a database providing the basis for carrying out this research, which were collected, analyzed and compared the quality indicators which builds the chest pain protocol and verifying that there conformance with the goals established in accordance with the guidelines in effect on the Brazilian Society of Cardiology and other equivalent hospital institution. The data obtained in the months of August and September will serve as prospecting for improving care for chest pain in the institution, as well as evaluating the success and effectiveness of chest pain protocol.

Descriptors: Protocol; Chest pain; Myocardial infarction; Myocardial; Cardiology.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem,
Faculdade de Educação e
Ciências Sena Aires.

² Enfermeiro, Doutor em Saúde
da Família, Faculdades
Integradas da União Educacional
do Planalto Central.
wender.antonio@fациplac.edu.br

Recebido em: 20/04/2016
Aceito em: 19/06/2016

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

Segundo o ministério da saúde as doenças cardiovasculares é umas das principais causas de mortalidade hoje no nosso país, pela quantidade expressiva da população idosa pois existe uma expectativa maior de vida e consequentemente o aumento da exposição à fatores de riscos sendo um dos principais: a idade avançada, mudança no estilo de vida acompanhado pela urbanização e industrialização que também pode estar relacionado a incidência dessas doenças.¹

Uma das patologias de grande incidência do grupo das doenças cardiovasculares é o Infarto agudo do miocárdio que se dá pelo acúmulo de gordura nas veias (ateroma), má alimentação, tabagismo, dislipidemia entre outros agravantes que acomete a maior parte da população ao qual pode ser fator acumulativo, resultado no aparecimento da doença e no seu agravamento, talvez de forma reversível ou não. Esta patologia pode ocorrer na juventude do indivíduo, sendo ocasionada por fatores de hereditariedade e agravada pelos fatores citados.¹

Estima-se que na maioria das unidades de pronto atendimento existe um número altíssimo de pacientes com dor torácica não especificada ou sugestiva para isquemia miocárdica, porém no Brasil não existe números ou estimativas da quantidade de atendimento por dor torácica nas salas de emergências^[1]. A importância de se estabelecerem uma unidade de atendimento emergencial um protocolo de dor torácica, seria a de minimizar o sofrimento do paciente e evitar possíveis complicações como, morte do músculo cardíaco ou até mesmo do próprio cliente, obter um diagnóstico precoce para norteammento e eficácia do tratamento e diminuir as chances de sequelas no coração.¹

Em 1982 foi inaugurada a primeira UDT -unidade de dor torácica², pelo Dr. Raymond Bahr, em Baltimore, com o objetivo de identificar pacientes com infarto agudo do miocárdio e rapidamente iniciar a terapêutica apropriada. Essa unidade pode ser localizada dentro da própria emergência em salas adjacentes ou pode ser apenas árvores de tomada de decisões, algoritmos e protocolos estabelecidos pela instituição a ser seguidos pelos profissionais médicos e equipe de enfermagem.²

O termo autonomia designa a idéia de que a pessoa se auto gerência tendo por base no seu conjunto de ações, uma motivação intelectual intrínseca, partindo deste ponto a autonomia em enfermagem vem cada vez mais sendo satisfatória no ambiente hospitalar, onde o papel do enfermeiro deixa de ser apenas um expectador ou mero auxiliador. Em seu conceito mais abrangente à autonomia delega a faculdade de se governar a si mesmo, possuir liberdade ou independência moral ou intelectual, a propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta.³

A equipe de enfermagem como um todo, atua em um papel indispensável neste atendimento. Está na linha de frente ao atendimento a esses clientes e faz valer as normas estabelecidas seguindo os protocolos que por sua vez contribui para que a equipe tenha uma certa autonomia na hora de prestar assistência.⁴

A autonomia em enfermagem caracteriza a capacidade do enfermeiro de cumprir os seus deveres profissionais de uma forma auto determinada cumprindo os critérios legais, éticos e práticos da profissão.⁴ As funções independentes da enfermagem representam todas as atividades ou procedimentos que podem e devem ser realizados sem o auxílio de outros profissionais.⁶ A autonomia do profissional enfermeiro é garantida, no Brasil, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a saber, no capítulo I (artigo I), “é direito do profissional exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos”.⁵

Com base no exposto, o objetivo deste estudo é descrever e avaliar a aplicação do protocolo de dor torácica em utilização no Hospital do Coração do Brasil no período de agosto e setembro de 2014, com os objetivos Específicos de:

- Descrever os pacientes atendidos por meio do protocolo de dor torácica do Hospital do Coração do Brasil por tempo, pessoa e lugar.
- Descrever e avaliar os indicadores do processo do protocolo de dor torácica
- Propor aprimoramentos com base em evidências.

MÉTODO

Este trabalho possui caráter de estudo de campo, observacional, descritivo, quantitativo e retrospectivo no Hospital do Coração do Brasil. O estudo observacional pode ser classificado como direto ou indireto e encaixa-se na perspectiva do exame minucioso de comportamentos ou atividades²¹, enquanto o estudo retrospectivo desenha fatos do passado podendo delinear fatos do presente até chegar ao passado podendo chegar no ponto de partida do estudo.²²

A pesquisa descritiva quantitativa que pode ser mensurado em números, classificados e analisados e utiliza-se de técnicas estatísticas¹⁰, aborda a relação do tema proposto protocolo de dor torácica tendo como foco da análise os dados obtidos do banco de dados do setor de qualidade do Hospital do Coração do Brasil que são coletados através de uma ficha que foi implementada pelo mesmo setor, que em sua composição contém dados individualizados de cada cliente com dor torácica atendidos na emergência. Essa ficha acompanhara o cliente no período em que se mantiver em investigação na emergência ou no setor de internação, permanecendo no prontuário do mesmo até sua alta hospitalar. A pesquisa foi realizada no Hospital do Coração do Brasil, Brasília. Os respectivos dados serão coletados no período de agosto e setembro de 2014.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet com as palavras chaves: Protocolo, Dor Torácica, Infarto Agudo, Miocárdio, Cardiologia e por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos da LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para o levantamento dos artigos, utilizou-se o descritor Miocárdio combinado com os termos “infarto” e “Dor”, utilizados para refinamento da pesquisa.

Para ser incluído no protocolo de dor torácica, o paciente precisou, na admissão no setor de emergência, apresentar dor torácica do tipo A/B/C ou D que estão especificadas na Tabela 1.¹⁹⁻²⁰ Em caso de dor relacionada, foi incluso pelo médico em sua consulta em uma das rotas e deu-se início a investigação da dor.

Tabela 1- Classificação da Dor torácica.

Tipo A – Definitivamente anginosa As características dão certeza do diagnóstico de síndrome coronariana aguda Independentemente do resultado de exames complementares	Dor/Desconforto retroesternal ou Precordial, geralmente precipitado pelo Esforço físico, podendo ser irradiação para o ombro, a mandíbula ou face interna do Braço, com duração de minutos e aliviada Com o repouso ou nitrato em < 10 minutos.
Tipo B – Provavelmente anginosa	Tem a maioria, mas não todas as

As características fazem a síndrome Coronariana aguda a principal hipótese, Porém é necessária a complementação por exames complementares	Características da dor definitivamente Anginosa
Tipo C – Provavelmente não anginosa As características não fazem a síndrome Coronariana aguda a principal hipótese, porém precisa de exames complementares para a exclusão	Tem poucas características da dor Definitivamente anginosa, principalmente a relação com esforço
Tipo D – Definitivamente não anginosa As características não incluem a síndrome coronariana aguda como hipótese diagnóstica	Não tem nenhuma das características da dor anginosa

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio; 2009.

Este presente estudo não oferece risco nem a instituição e nem aos clientes aqui envolvidos, pois trata-se de uma pesquisa de coleta e análise de dados obtidos por meio de utilização de banco de dados secundário do setor de qualidade do Hospital do Coração do Brasil. Os dados coletados foram analisados de forma a relacionar os indicadores de qualidade do processo, com base nos estudos acadêmico do protocolo ,bem como sua relação com a observação a aplicação real do estudo de caso, onde verifica-se a conformidade com as metas previstas e realiza-se uma análise crítica da eficiência do protocolo durante dois meses.

O estudo viabilizado por esta obra, procura respeitar os aspectos éticos e morais previstos no código de ética de enfermagem, bem como o direito de privacidade dos clientes, e da instituição, adotando apenas uma imagem descritiva quantitativa quanto a eles. Também respeitar valores como verdade e justiça, prescritos na coleta de dados e análise e tratamento dos mesmos, abordando somente os aspectos verídicos e relevantes para o desenvolvimento desta obra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise do paciente por Pessoa,Tempo e Lugar.

Analizando o publico da emergência do Hospital do Coração do Brasil, para melhor implantação do protocolo e estabelecimento de ações ,o perfil dos pacientes que sofreram a forma aguda do infarto tem em sua maioria pessoas que são acometidas de algum tipo de doença de base como diabetes ,hipertensão,sedentarismo e idade acima de 50 anos ate 65 anos, demonstrando um publico de pacientes com idade avançada e com chance de mais complicações pelas suas comorbidades ,indicando que quanto mais rápido e eficiente o atendimento, melhor será a resposta do paciente ao tratamento.Porém, como a dor torácica é um desafio para os medicos, podendo ter varias causas e acometendo pacientes de todas as idades sendo gerada ate por ansiedade o que se deve observar sempre, é a característica da dor (tabela 1) observando pessoa ,tempo e lugar ,tendo uma abordagem inicial rápida e precisa, objetivando inicialmente o reconhecimento e tratamento das principais condições que podem oferecer risco de vida ao paciente, a saber: as síndromes coronarianas agudas, dissecação aórtica e trombo-embolia pulmonar.

Alta probabilidade clínica para Doença Arterial Coronariana (DAC)

São considerados fatores de pacientes de alta probabilidade clínica para DAC segunda a Sociedade Brasileira de Cardiologia:

- Doença aterosclerótica manifesta (IAM prévio , Doença Arterial Carotídea , Aneurisma de Aorta, entre outros)
- Procedimento de revascularização arterial prévio (cirúrgico ou percutâneo)
- Insuficiência renal crônica (clearance de creatinina $\leq 50\text{ml/min}$)
- Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2
- Idade acima de 75 anos
- Presença de 3 ou mais fatores de risco cardiológico:
 - HAS
 - Obesidade
 - Dislipidemia
 - Tabagismo
 - Estresse emocional / Ansiedade
 - História Familiar de DAC prematura (parentes de primeiro grau com história de DAC: homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 65 anos)
 - Sexo masculino

A tabela 2 é relacionada às causas de dor torácica, podendo ser caracterizadas também como cardíacas e não cardíacas.

Tabela 2. Causas da dor. 2016.

CAUSAS DE DOR TORÁCICA	
Dor na Parede do Tórax	Causa Cardíacas
lesões em costelas	isquêmicas
nervos sensitivos (herpes zoster)	não-isquêmicas
costocondrite (síndrome de Tietze)	pericardite
fibromialgia	dissecção de aorta
síndromes radiculares	valvular: estenose aórtica
dores musculares inespecíficas	cardiomiopatia hipertrófica
Causas Gastroesofágicas	Causas Pulmonares
refluxogastroesofágico	pneumotórax
espasmo esofágico	embolia pulmonar
úlceras pépticas/gastrite	pneumonia
ruptura de esôfago	pleurite
	hipertensão pulmonar
Causas Psiquiátricas	Outras causas
transtorno do pânico	pancreatite
transtornos da ansiedade generalizada	colecistite
depressão	abscessosubfrênico
transtornossomatoformes	câncer de pulmão

O Protocolo de Dor Torácica em seu gerenciamento ,conta com uma ficha composta por 120 itens que tem em sua totalidade dados que mensuram os indicadores de qualidade e alguns procedimentos realizados no paciente durante sua estadia na instituição, que a principio ,seu preenchimento é atribuído ao Enfermeiro do setor da emergência ,onde é realizado o atendimento inicial, podendo ser encaminhada para os outros setores (UTI, Clínica Cardiológica, Unidade coronariana, Hemodinâmica e Centro Cirúrgico) de acordo com o quadro apresentado pelo paciente pois a mesma é incorporada ao prontuário do paciente. Após a consulta médica o paciente com do torácica é incluso no protocolo e em seguida é dado inicio ao seu tratamento. As fichas têm por destino o setor de qualidade de onde foram coletados os dados apresentados na figura abaixo.

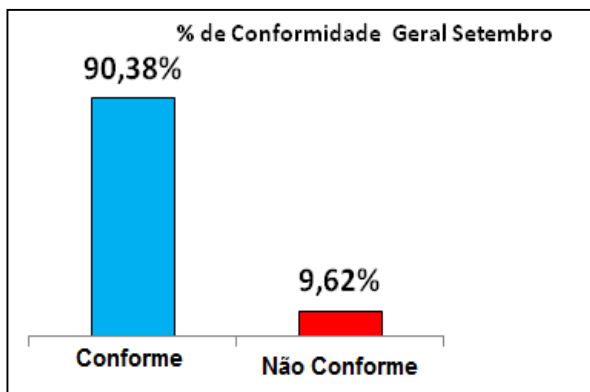
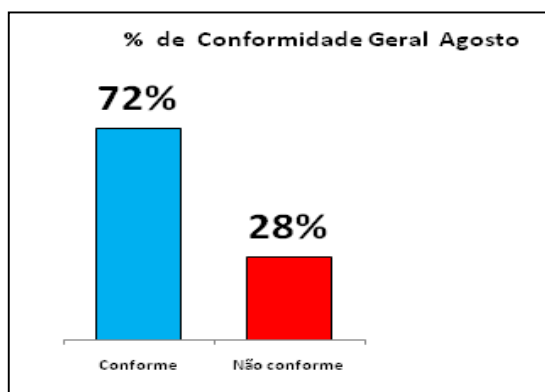
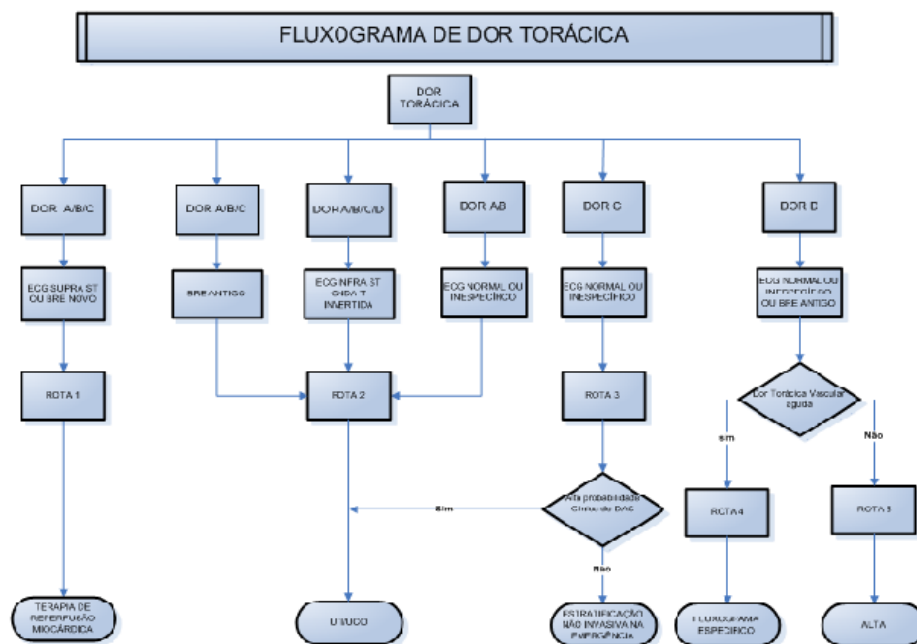


Figura 1 -Relação de conformidade do mês de agosto. **Figura 2** – Relação de conformidade do mês de Setembro

Analizando os dados expostos percebe-se que no mês de setembro houve mais conformidades no preenchimento das fichas do que em agosto, este parâmetro não pode ser associado com uma base de inserção dos dados, pois não indica necessariamente que houve um número maior de atendimento há paciente com dor torácica, relacionados ao mês de agosto, pois apensar de no mês de setembro haverem ocorridos oitocentos e setenta e nove (879) atendimentos e em agosto oitocentos e cinquenta e oito (858), podemos observar que as diferenças apresentadas nas figuras, sugerem uma falha no preenchimento do formulário ou uma possível perda das fichas no trâmite de transferência do prontuário do paciente para outro setor assim impossibilitando os outros setores de dar continuidade a tabulação dos dados e trazendo um grande questionamento.

O setor de qualidade recebeu quarenta e cinco fichas preenchidas no mês de agosto o que significa 6% apenas dos atendimentos mensal, e no mês subsequente, ele recebeu quarenta e duas fichas 5% dos atendimentos, o que conforme a quantidade e fluxo de pacientes que a unidade de pronto atendimento recebe mensalmente é muito inferior aos dados obtidos onde (72%) que correspondem á 90 itens conformes que são corretamente preenchidos,(28%) que correspondem a 30 itens não conformes no mês de Agosto; no mês subsequente houve um aumento no preenchimento dos itens conformes, sendo 109 que corresponde aos (90,38%) e 11 itens não conforme que correspondem a (9,62%), isto infere-se que existe uma grande deficiência no preenchimento das fichas o que posteriormente acarreta em uma ocultação dos dados reais ao setor de qualidade, que por sua vez realiza uma análise ineficiente das fichas a ele apresentados. Contudo o fator principal desta avaliação seriam as não conformidades desses itens, nelas podem estar dados mensuráveis de grande importância para melhora da assistência ao paciente e para o desenvolvimento do protocolo.

Indicadores por Rota



O Protocolo de dor torácica conta com atuação de 5 rotas, sendo que a entrada do paciente no Hospital ocorre no Pronto Atendimento onde acontece a realização do ECG .Na consulta realiza-se a análise do exame onde verifica-se também o tipo de dor que ele está sentindo, que ocorre de acordo com as classificações abaixo:

- Tipo A : Definitivamente Anginosa
- Tipo B: Provavelmente Anginosa
- Tipo C: Provavelmente não Anginosa
- Tipo D: Definitivamente não Anginosa

Depois do exame e da classificação da dor toracica na unidade, verifica-se a rota em que o paciente irá tomar ou caso seja uma classificação do Tipo D, ele sai do protocolo e é tomada outra medidas de investigação das molestias que acometem o paciente, onde ele deverá ser incluso na Rota 4 ou rota 5.

Posteriormente quando é identificado uma dor do tipo Angionsa, o paciente é encaminhado para uma das três primeiras rotas. Rota 1 caso SCA (síndrome coronariana aguda) com supradesnívelamento do segmento ST ou BRE novo; Rota 2 caso SCA (síndrome coronariana aguda) Sem Supradesnívelamento; Rota 3 caso a dor seja do Tipo C, ECG seja normal e seja inespecífica.

Assim podemos resumir as três primeiras rotas como: a rota 1 sendo aquela para a qual são alocados os pacientes com infartado com alta probabilidade de riscos e sequelas, a rota 2 destinada para aqueles com média probabilidade riscos e sequelas e a rota 3 para os com baixa probabilidade riscos e sequelas,rota 4 indicada para os pacientes com hipótese diagnostica de Trombo embolismo pulmonar e dissecação de aorta e 5 alta ,saindo do protocolo . De acordo com o fluxograma apresentado acima, para melhor entendimento do protocolo de dor torácica.

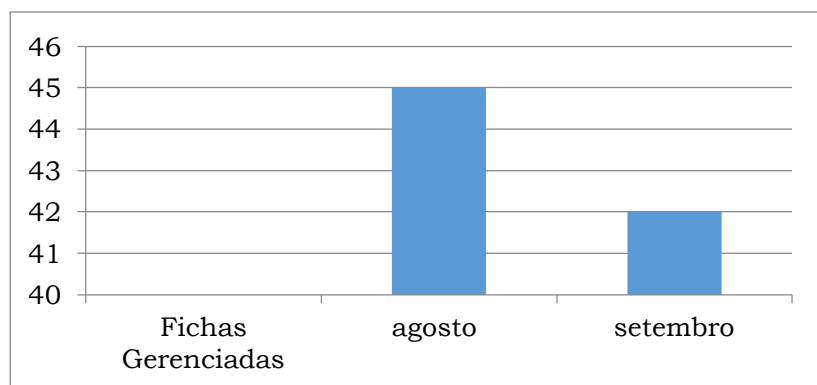


Figura 3- Fichas Gerenciadas

Os dados representados na Figura 3 acima refere-se as fichas coletadas durante os dois meses em todas as unidades da instituição e demonstram que a quantidade de fichas obtidas estão muito aquém da realidade de aplicação do protocolo, pois a rotatividade de pacientes com dor torácica é muito maior do que a quantidade de fichas recebidas pelo setor de qualidade. Isto pode indicar a não inclusão dos pacientes no protocolo, a deficiência no preenchimento das fichas, ou por algum motivo desconhecido pode ter ocorrido a perda das mesmas nos outros setores da instituição ao qual o paciente foi encaminhado para dar continuidade ao seu tratamento, o que prejudica na avaliação do protocolo impossibilitando de fazer uma análise mais profunda.

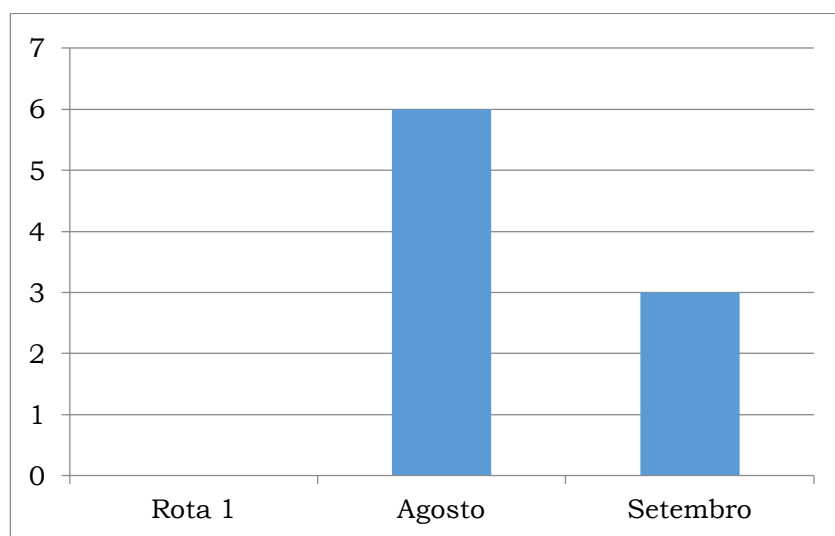


Figura 4 - Indicadores de Rota

Analisando a quantidade de fichas obtidas ,foi feita avaliação dos indicadores por rota que é a quantitativo de pacientes por rota ,podemos notar de acordo com Figura 4 apresentado, que o Protocolo funcionou muito bem pois houve apenas 6 pacientes em agosto e apenas 3 em setembro que foram encaminhados para Rota 1, nela são alocados paciente com no IAM com supra desnivelamento do segmento ST ou BRE novo. Pode até parecer que as notificações nestas duas etapas foram ineficientes, mas os dados fornecidos pelo setor de qualidade estão em conformidade com os relatos da gestora da unidade de emergência o que é satisfatório para o protocolo pois demonstram que assistência está sendo feita de forma correta seguindo as orientações estabelecidas pelo protocolo de Dor.

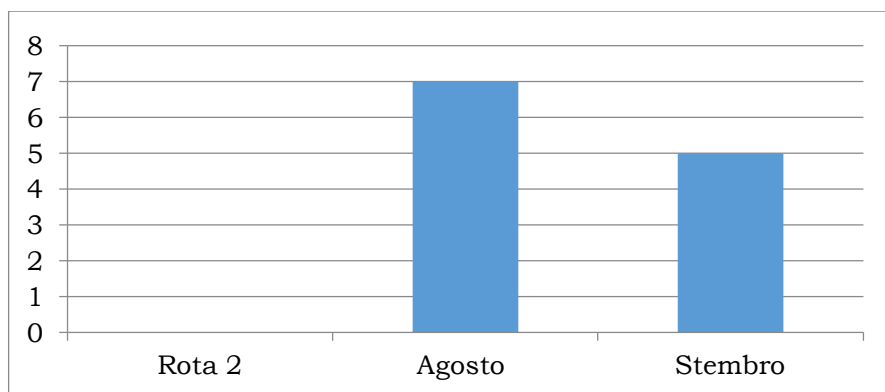


Figura 5- Indicadores de Rota

A Rota 2 representada na Figura 5 acima, também apresenta dados satisfatórios pois a quantidade de pacientes incluídos nela está correta e em conformidade com os atendimentos do setor de emergência. O perfil desse paciente são aqueles que apresentam uma dor tipo A/B ou C podendo ser um IAM sem supra de ST apenas com alterações nas enzimas cardíacas ou uma dor há se estratificar.

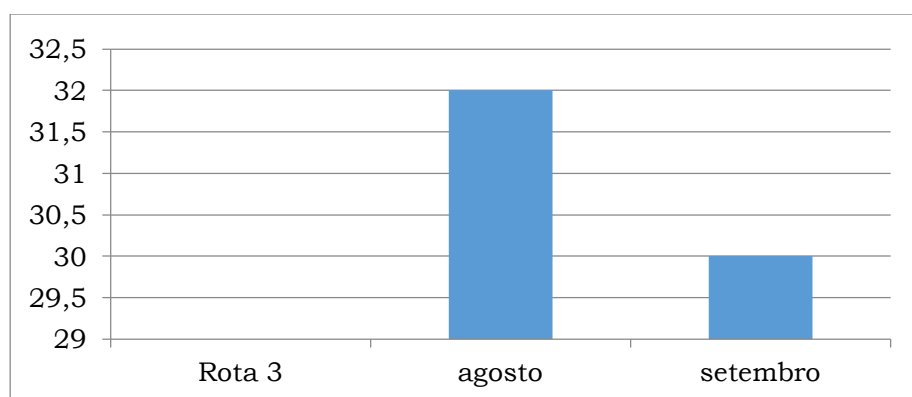


Figura 6 - Indicadores de Rota

As demais fichas 32 em agosto e 30 em setembro, foram encaminhadas para rota 3 o que indicam que a grande maioria dos pacientes deram continuidade em estratificar sua dor na unidade de emergência podendo ter evoluído para uma internação, onde tiveram uma dor do Tipo C que provavelmente não seria um IAM – estes dados apresentam grande inconsistência, pois de acordo com os relatos da gestora, há grande divergência entre a realidade do protocolo e a exposição dos dados pelo setor de qualidade, pois em agosto houveram muitos casos que foram encaminhados para rota 3 e não estão relatados nos dados fornecidos pelo setor de qualidade que por sua vez obtém os dados do preenchimento das fichas.

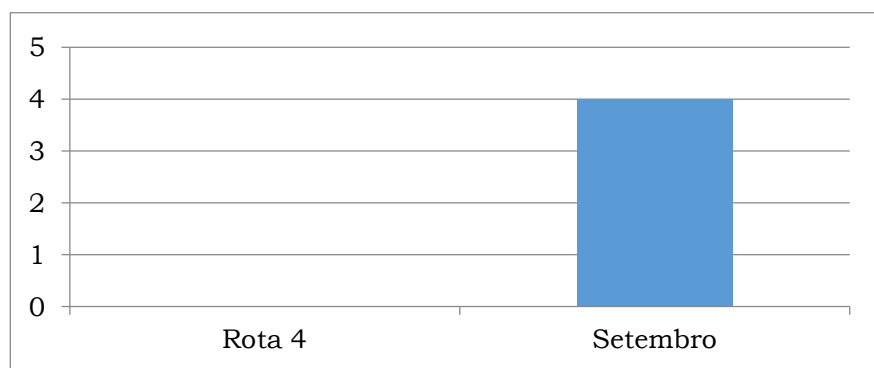


Figura 7. Indicadores de Rota

Apenas 4 pacientes foram inseridos na rota 4 como mostra a Figura 7 acima, a rota ao qual a dor torácica não é específica cardíaca, de acordo com os sintomas podendo ser uma dissecação de aorta ou uma trombo-embolia pulmonar, o número de fichas é insuficiente relacionados ao número de atendimentos nos dois meses sendo que em agosto não houve nenhuma inserção desses paciente na rota 4 e não havendo nenhuma notificação dos dois meses da rota 5 que são os paciente que vão de alta do consultório nos dois meses, o que é errado, pois mesmo liberado por alta médica, os dados deveriam ser tabulados, para melhor análise e compreensão da implantação do protocolo.

Os indicadores de qualidade são os parâmetros que configuram a performance e alcance do protocolo, para que ele tenha resultados satisfatórios de acordo com os critérios de saúde emergencial. E podemos destacar como prioridades dentro do protocolo os itens descritos na Figura 8.

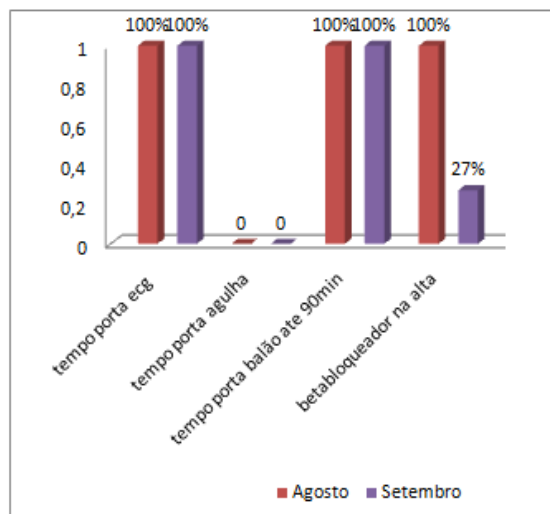


Figura 8 - Indicadores de qualidade

O indicador de tempo porta ECG, que é um dos balizadores do protocolo, demonstra que ele tem cumprido bem seu papel sendo o índice de 100% de conformidade nos dois meses referente as fichas coletadas, este item estava corretamente preenchido e seus resultados foram de acordo com a meta prevista, pois entre o tempo de abrir cadastro na instituição e sua realização é de até 10 minutos. O que denota a sua eficácia para o encaminhamento dos pacientes para consulta, inserção nas rotas e realização de outros exames.

O indicador de betabloqueador e AAS na Alta, demonstrou também grande eficácia na sua utilização no mês de agosto sendo de 100% todos os pacientes de rota 1,2 e 3 que foram identificados com alto risco para DAC, considerado um item muito importante pois a administração destes

medicamentos que minimizam o risco de reinfarto, saíram em utilização desta medicação. E o que podemos notar também em ambos os períodos é que há uma diferença de porcentagem pois a quantidade de fichas preenchidas em agosto foi maior do que em setembro porém a figura se refere a conformidades de fichas de pacientes que saíram usando essas medicações, o que significa que foi apenas 27% dos pacientes em setembro que saíram utilizando a medicação podendo significar falta de dados nas fichas para análise ou pacientes que realmente não necessitaram desta medicação.

O indicador de trombólise em até 30 minutos, não apresenta nenhum resultado na figura, este conceito apresentado, poderia representar uma grande falha no protocolo, mas de acordo com a complexibilidade dos pacientes este recurso não se fez necessário, pois a unidade de hemodinâmica da instituição cumpre rigorosamente o tempo porta balão.

O conceito de angioplastia primária em 90 minutos que observamos na figura, também conhecido como tempo porta balão demonstrou altos índices de satisfação atingindo 100% nos dois meses, pois esta intervenção é feita nos pacientes de rota 1 sendo 6 em agosto e 3 em setembro, todos os pacientes em ambos os períodos tiveram atendimento em tempo muito mais que satisfatório, de acordo com a gestora do setor de emergência da instituição o que minimizou riscos e cumpriu corretamente com a metas prevista respeitando todos os critérios e procedimentos impostos na rota.

Média de permanência do paciente no hospital, é o último indicador que demonstra a efetividade total do protocolo de acordo com as rotas a serem aderidas. Como é de se supor que o maior tempo de permanência na instituição por rota, se dá pelos pacientes que foram alocados nas rotas 1 e 2, justamente pela gravidade da SCA, podendo variar de acordo com o quadro do paciente, se estendendo e não correspondendo com a meta estipulada, em segundo lugar os pacientes que estão na rota 3, pois este tipo de paciente necessita de uma investigação maior da sua dor. Outro ponto relevante a respeito deste indicador é que ele baliza os custos dos pacientes para a instituição.

Avaliando o mês de agosto, os pacientes ultrapassaram a meta de permanência no hospital, onde deveriam permanecer no máximo 6 dias, houve pacientes que ficaram até 9 dias, não sabemos as causas dessa internação mais prolongada se ocorreu por complicações no seu quadro clínico, problemas na assistência em agilizar os procedimentos ou complicações burocráticas incluindo convênios, autorizações e etc. Entretanto no mês de setembro este dado não foi analisado, não dando base para comparação entre os períodos. Assim podemos inferir que esse indicador não foi eficiente em sua totalidade pois muitos questionamentos surgiram sem respostas deixando dados insuficiente para avaliação.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados tabulados e analisados, o primeiro ponto a considerar, ao observar os dados obtidos e de entrevistas com os responsáveis, é a respeito da diferença nos dados ao qual foram colhidos, assim temos uma quantidade grande de subnotificação (ou seja uma omissão no preenchimento e comunicação dos dados) prejudicando a avaliação dos indicadores principais. Contudo os dados foram levados para discussão juntamente com a gestora da emergência e gestora do setor de qualidade e acessando os prontuários das fichas referentes, foi possível analisar melhor a fundamentação dos erros em questão, onde os questionamentos estavam sobre o erro no preenchimento das fichas não sendo preenchidas adequadamente, o não preenchimento ou simplesmente a não inclusão dos pacientes no protocolo. Podemos inferir que há uma necessidade de realizar a Refatoração dos dados umas mudanças na

estrutura sem alterar a lógica dos procedimentos, para que seja possível levantar questionamentos pertinentes a respeito da omissão na notificação dos dados; erros no preenchimento das fichas, bem como fatores considerados relevantes para o sucesso da implantação do protocolo. Outro ponto a se considerar é que todos setores como: UTIs, Clínica Cardiológica, Hemodinâmica e Centro Cirúrgico e pronto atendimento podem estar realmente falhando na assistência ao paciente incluso no protocolo de dor torácica.

Podemos também inferir que um dos critérios de grande importância e que provavelmente seja o grande entrave entre o sucesso na utilização do protocolo é o critério de Orientação e treinamento pois podemos supor que a própria equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) e médicos que fazem a inclusão do paciente no protocolo por meio da sua consulta médica e avaliação da dor, não estejam compreendendo bem a utilização do protocolo, o que acarreta em grandes erros e ineficiência dos dados.

Contudo foi realizada uma pesquisa ao prontuário dos pacientes e entrevista com enfermeiros do setor, por motivo de que, os dados foram insuficientes e para melhor analisar o protocolo, que permitiu ver que todo atendimento e assistência prestada ao paciente com dor torácica tem sido realizado corretamente e de acordo com a assistência instituída no protocolo de dor torácica não deixando de citar os outros setores do HCBR, que estão em conformidades com as normas vigentes na instituição comprovando a eficácia da assistência. Porém a parte burocrática do protocolo é o que mais tem gerado a não conformidade ou seja o não cumprimento das metas previstas de acordo com os dados analisados, a não inclusão médica dos pacientes no protocolo o que gera o não preenchimento correto das fichas ou até mesmo o não preenchimento tem sido o ponto principal.

Por fim, para facilitar o preenchimento das fichas do protocolo é sugerida que um novo modelo de ficha seja instituído, separando os dados a serem preenchidos de acordo com a necessidade e urgência, dando mais precisão aos dados extremamente relevantes para execução do protocolo, e deixando em segundo plano dados que podem ser preenchidos depois que os procedimentos foram efetivados. Onde pode-se destacar neste preenchimento o que realmente se faz necessário tendo como indicador de qualidade: tempo porta ECG, tempo porta agulha, tempo porta balão, tempo de permanência no hospital, intercorrências durante a internação, tempo de internação, AAS e betabloqueador na alta, itens como: medicamentos realizados, resultados de exames, quais exames foram realizados são dados que já constarão de forma fácil no prontuário do paciente sendo desnecessário o preenchimento imediato podendo ser preenchida após, utilizando como instrumento Evolução Médica, Evolução de Enfermagem e Prescrição Médica.

Outro fator a se considerar para o aprimoramento do preenchimento e agilidade do protocolo, seria um novo treinamento para toda equipe de Enfermagem e Médica listando os pontos mais importante e crucial para a evolução do Protocolo de dor torácica. Relativo a extensão deles a outros setores é que o preenchimento de todos os campos referentes as fichas, podem também ser estendidos a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) sendo assim quando um não puder realizar a ação outro membro da equipe o faça, não restringindo essa função apenas ao enfermeiro, minimizando a não conformidade e gerando dados corretos para melhor avaliação e eficiência do protocolo.

E uma terceira sugestão seria a informatização do sistema, onde o preenchimento acusaria campos obrigatórios dos prontuários, para a finalização do protocolo, bem como a associação dos nomes dos integrantes que realizaram o procedimento e preencheram o documento (fichas), o que traria mais segurança e facilidade na análise e auditoria dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Pimentel MA. Instituto do Coração (InCor) – HCFMUSP, São Paulo, SP – Brasil. Mortalidade Por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região metropolitana de São Paulo. Atualização; 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf,01/05/2014>>. Acesso em: 14 out 2014.
2. Clare CM, Araújo CM. Importância da Avaliação da Dor Torácica na Insuficiência Coronariana aguda em unidade de Dor Torácica. Rev SOCERJ. 2014; 12(1): 377-81.
3. Aurélio, Dicionário online, 2008-2014. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Autonomia.html.05/04/2014>>. Acesso em: 12 set 2014.
4. Ribeiro JMS. Autonomia dos Enfermeiros. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade do Porto PT; 2009.
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Principais Legislações para o exercício da enfermagem. Brasília: Cofen; 2007.
6. Universidade do Paraná. Departamento de Clínica Médica. Hospital das Clínicas. Protocolo de Dor Torácica; 2010.
7. Faht G, Cruz. MF Protocolos de atendimento em enfermagem na ocorrência de Arritmias, Infarto Agudo do Miocárdio e Parada Cardiorespiratoria, baseada nas funções independentes da enfermagem. Monografia [Bacharelado em Enfermagem]- Universidade Tuiuti do Paraná; 2002.
8. Universidade do Paraná. Departamento de Clínica Médica. Hospital das Clínicas. Protocolo de Dor Torácica; 2010.
9. Stefanini E. Infarto Agudo do Miocárdio: Fatores de Risco. Disponível em : <<https://drauziovarella.com.br/hipertensao/infarto-do-miocardio-fatores-de-risco/>>. Acesso 05 de set de 2014.
10. Dugas BW. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1998.
11. Ferreira CAM. A dor torácica na sala de emergência: revisão da literatura. Rev Inter NOVAFAP. 2011; 4(1): 50-6.
12. Protocolos e Diretrizes. Assistência Albert Einstein. Disponível em <<http://www.einstein.br/Hospital/cardiologia/cardiologia-einstein/protocolos-diretrizes-assistenciais/Paginas/protocolo-de-dor-toracica.aspx>> Acesso em: 16 set 2014.
13. Missaglia MT, NERIS ES, Silva MLT. Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital de Referência em Cardiologia. Rev Bras Cardiol. 2013;26(5):374-81
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol 2007; 89(4) : e89-e131.
15. Siara LB, Araújo LS, Silva MR. Implantação do Protocolo de Dor Torácica no Hospital das clínicas Dr. Neves de Mineiros –GO. Monografia[Bacharelado em Enfermagem]- Centro De Ensino Superior Rezende & Potrich; 2010.
16. Associação Brasileira de Controle de Qualidade- Conceitos Gerais numa Visão didática; 2014.
17. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2003; 12(4): 189-201.
18. Hospital Albert Einstein. Indicadores do Infarto Agudo do Miocárdio. Disponível em: <http://www.einstein.br/Hospital/cardiologia/cardiologia-einstein/indicadores-de-qualidade/indicadores-infarto-agudo/Paginas/tempo-porta-eletrocardiograma.aspx> . Acesso em: 12 set 2014.
19. Chaves AJ. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Qualidade Profissional e Institucional, Centro de Treinamento e Certificação

Profissional em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). Rev Bras Cardiol Invas. 2008;16(supl.3):1-32.

20. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supra desnível do Segmentos ST. Arq Bras Cardiol. 2009;93 (6 supl.2):e179-e264.

21. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. Circulation 2000;102(8): 186-9.

22. Leite MRP, Leite FP. A linguagem filmica da formação e no fortalecimento de grupos ,equipes e times de trabalho : aplicações do estudo observacional. Revista de Gestão USP. 2010; 17(1): 75-97.

23. Fontelles J, Simões G. Diretrizes para Elaboração de Projetos de pesquisa. Disponível em : <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>. Acesso em: 10 Out 2014.

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFESSORES DA FACESA- FACULDADE DE CIÊNCIAS EDUCAÇÃO SENA AIRES BURNOUT SYNDROME IN FACESA- FACULTY OF SCIENCE EDUCATION SENA AIRES

Gizelly Lima Carvalho¹, Walquíria Lene dos Santos²

Como citar:

Carvalho GL, Santos WL. Síndrome de Burnout em professores da facesa-faculdade de ciências educação sena aires. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 150-7.

RESUMO

O presente estudo aborda a Síndrome de Burnout, doença que tem como características o estresse advindo do trabalho, que atinge principalmente os profissionais da área da saúde e da educação, devido estarem diretamente ligados com as ações humanas. Objetiva-se avaliar a frequência dos fatores de risco para a síndrome de Burnout e Descrever os fatores de risco para a Síndrome de Burnout. A população participante do presente estudo foi uma equipe de 12 profissionais que fazem parte do corpo docente da instituição. Estudo de abordagem descritiva quantitativa, utilizando o instrumento de coleta de dados baseado em um formulário do Maslach Burnout Inventory (MBI) elaborado por Maslach e Jackson (1981) que avalia a Síndrome de Burnout. Evidenciou-se com os resultados que 70% dos professores apresentam alto nível de exaustão emocional, perda de sentimento, insatisfação quanto à qualidade de vida, 61% apresentam um nível elevado de despersonalização, 50% apresentam baixa realização profissional, as variáveis sócio-demográficas associaram-se às dimensões do Burnout. Os resultados do mesmo visam buscar casos da doença, mediante a elaboração de políticas para a saúde dos professores, de modo a proporcionar qualidade de vida pessoal e profissional.

Descritores: Exaustão Emocional; Burnout; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This study addresses the burnout syndrome, a disease that has the characteristics coming of stress from work, which mainly affects health professionals and education, because they are directly connected with human actions. Objective is to evaluate the frequency of risk factors for burnout and describe risk factors for burnout syndrome. The participant population of this study was a team of 12 professionals who are part of the faculty of the institution. Study of quantitative descriptive approach, using the data collection tool based on a form of the Maslach Burnout Inventory (MBI) developed by Maslach and Jackson (1981) that evaluates the burnout syndrome. Showed up with the results that 70% of teachers have a high level of emotional exhaustion, loss of feeling, dissatisfaction as to the quality of life, 61% have a high level of depersonalization, 50% have low job satisfaction, socio-demographic variables associated to the dimensions of burnout. The results thereof are intended to pursue cases of the disease by developing policies for the health of teachers in order to provide quality personal and professional life.

Descriptors: Emotional exhaustion; Burnout; Quality of Life.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem,
Faculdade de Educação e
Ciências Sena Aires.

² Enfermeira. Mestre em
Enfermagem. Faculdade de
Educação e Ciências Sena Aires.
walquiria@senaaires.com.br

Recebido em: 20/05/2016
Aceito em: 19/08/2016

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

É evidente na Síndrome de Burnout o abalo físico e mental do indivíduo, estressores no trabalho, poucas horas de sono, má alimentação são fatores básicos, más que acometem o sistema emocional e físico. A exaustão emocional caracteriza a Síndrome, o profissional passa também a sempre ter avaliações negativas sobre o seu trabalho.¹

A Síndrome de Burnout faz com que o profissional se sinta infeliz, baixo rendimento profissional, absenteísmo, baixo desempenho pessoal. Caracteriza-se uma exaustão emocional, por falta de animo, carência de energia e sentimento de ineficácia, as demais pessoas são tratadas como objetos e sem importância.²

A profissão docente tem consigo uma sobrecarga, sendo assim alvo da Síndrome de Burnout, problemas psicossociais são fatores presentes em seu cotidiano, suas expectativas individuais são desequilibradas, podendo ter a qualidade e o desenvolvimento das atividades afetadas de forma direta.³⁻⁴

O professor pode vir a sentir menos apatia pelos alunos, não faz planejamentos sobre as aulas, cria um afastamento com relação aos alunos, caso suas expectativas não sejam alcançadas com as aulas e projetos oferecidos.⁵

A Síndrome de Burnout apresenta sintomas como: tristeza, menos interesse no trabalho, falta de apetite, perda de sono, insatisfação com o próprio corpo, desânimo, quando já em caso avançado da Síndrome, o profissional adere sentimento de solidão e vazio, tentando então suicídio.⁶

Vários estudos procuram identificar a causa do Burnout, principalmente no grupo de professores, algumas causas combinam fatores individuais e sociais. Profissionais docentes envolvem-se inteiramente com seu trabalho, causando assim uma tristeza interior quando não recompensado por suas atividades, de modo a achar que suas expectativas foram frustradas.⁷

A maioria dos profissionais de saúde e outros desconhecem tal doença, profissionais que mantêm contato direto com o público, como: policiais, bombeiros, fisioterapeutas e dentistas, também tem uma grande carga emocional e física.⁸

As características desses sinais são excessos de atividades e vulnerabilidade, cada trabalhador traz consigo fatores que fortificam a Síndrome de Burnout. Sua maioria passa por situações desagradáveis, que logo se associa ao sentimento de hostilidade e desencadeia no local de trabalho um estresse.⁹

A Síndrome de Burnout é então compreendida como uma resposta de sobrecarga emocional e profissional do docente, cobranças de trabalho de seus superiores e de se mesmo, podendo trazer também fatores patológicos como doenças cardiovasculares, e também alguns distúrbios: fadiga, insônia, tensão nervosa e neuroses, disfunção sexual como perda de libido, ejaculação precoce, nas mulheres ocorre alterações menstruais.¹⁰

Diante disto, este estudo teve como objetivo avaliar a frequência desses fatores de riscos e analisar a incidência da ocorrência da síndrome de Burnout nos professores da FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

MÉTODO

O presente trabalho foi realizado por meio de uma abordagem descritiva quantitativa, segundo THOMAS¹¹, o método busca uma análise e descrições objetivas, através de padrões textuais, como por exemplo: questionários, utilizando-se para a coleta de dados instrumento de coleta de dados baseado em um formulário do Maslach Burnout Inventory (MBI) elaborado por Maslach

e Jackson (1981). É um instrumento utilizado para avaliar o Burnout. Avalia as três dimensões da síndrome (cansaço emocional, despersonalização e realização profissional), desconsiderando antecedentes prévios e consequências de seu processo o mesmo composto por 24 (vinte e quatro domínios), com base no descrito acima foi elaborado um questionário específico direcionado aos docentes da FACESA.

Após autorização da instituição para referida pesquisa, foi entregue a cada participante um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), garantindo assim a preservação da identidade dos pesquisados.

A população do estudo foi constituída de 41 professores, a amostragem foi, por sua vez, constituída por 12 destes. Foram excluídos do estudo àqueles que não demonstraram interesse em participar da pesquisa ou que não responderam o instrumento durante a coleta de dados.

A análise de dados foi realizada através do programa Microsoft Office Excel 2007. O presente estudo foi realizado em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da avaliação sociodemográfica proposta pelo estudo, constatou-se que a maioria dos sujeitos pesquisados era do sexo feminino 67%, e 33% eram do sexo masculino.

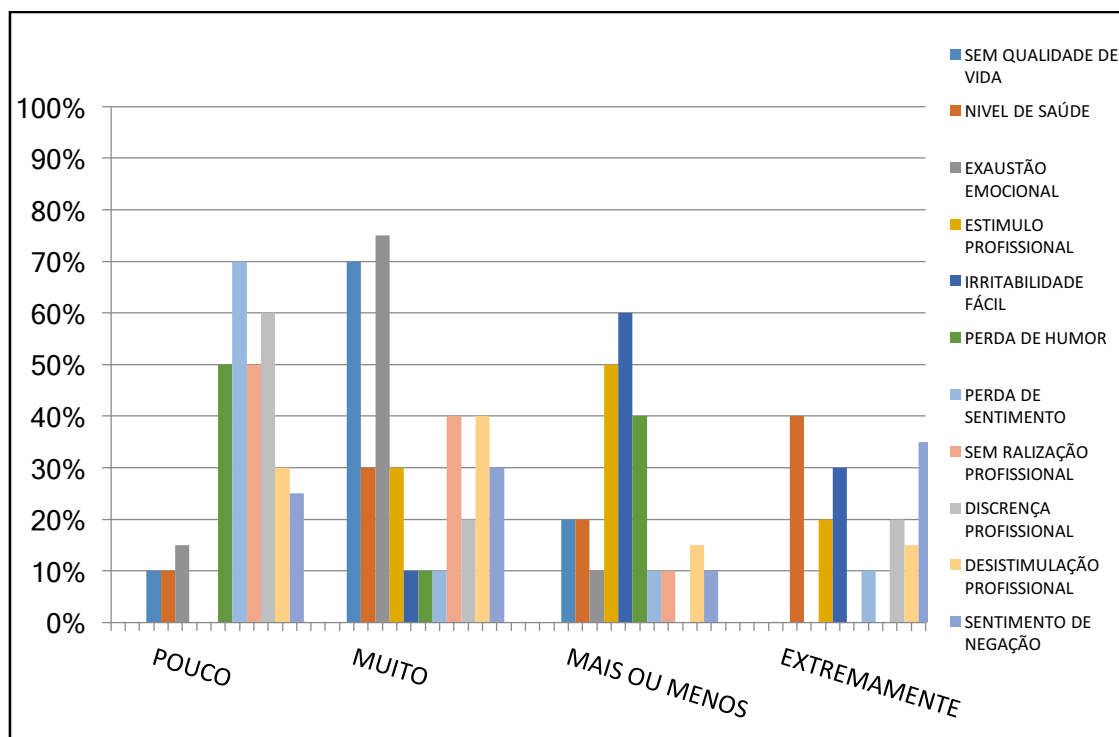
Tabela 1 – Características gerais dos participantes da pesquisa (n=12).

VARIÁVEIS	Nº	%
SEXO		
Masculino	04	33%
Feminino	09	67%
IDADE		
20 a 30 Anos	02	17%
31 a 40 Anos	07	58%
41 a 50 Anos	03	25%
ESTADO CIVIL		
Solteiro(a)	02	17%
Casado(a)	08	67%
Divorciado(a)	02	17%
Filhos		
Nenhum	03	25%
Um	05	42%
Dois	04	33%
ESCOLARIDADE		
Especialista	01	11%
Técnico universitário	09	75%
Em branco	02	17%

De acordo com os resultados 17% dos participantes tem idade de 20 a 30 anos, 58% 31 a 40 anos, 25% tem idade de 41 a 50 anos. Com relação ao estado civil, 17% encontra-se solteiro(a), 67% casado (a) e 17% divorciado(a). Em relação à quantidade de filhos, 25% relataram nenhum, 42% um filho, 33% dois

filhos. Quanto a escolaridade 11% são especialistas, 75% técnico universitário, 17% não responderam.

Figura 1 – Aspectos Psicológicos Exaustão Emocional, n=12.



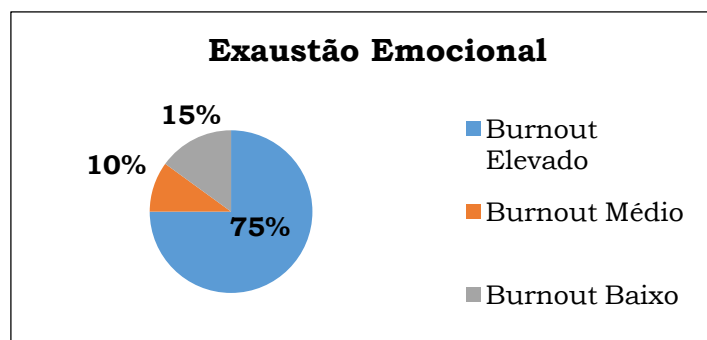
A figura acima representa a porcentagem das perguntas respondidas pelos pesquisados, nota-se que 75% dos resultados obtidos relacionam-se de forma negativa com a exaustão emocional e quanto á qualidade de vida, 40% responderam ter nível de saúde adequado, 50% estão mais ou menos estimulados profissionalmente e tem irritabilidade fácil, 50% a 70% tem pouca perda de humor e de sentimento, 40% encontram-se muito sem realização profissional, 20% a 40% sentem-se descrentes e desestimulados profissionalmente, 30% a 35% sentem sentimentos de negação (Figura 1).

Mesmo diante das implicações individuais relacionados aos seus aspectos de: exaustão emocional, qualidade de vida, saúde, estímulo profissional, irritabilidade, humor e sentimento de negação, as respostas consideradas de níveis bons e ruins, provoca consequências no campo organizacional, no que reflete em baixa produtividade e implicações na qualidade de ensino.³

Os resultados aqui obtidos mostram uma avaliação do próprio pesquisado mediante sua vida, a percepção quanto a exaustão emocional e quanto a qualidade de vida teve alto ponto negativo, já em ter saúde adequada, uma grande maioria esta satisfeito, mesmo estando exaustos emocionalmente e relatando uma má qualidade de vida.

O comprometimento da saúde mental deteriora a qualidade de trabalho do profissional, tende a ser mais complexa, quando a profissão exige um cuidado e preocupação com os demais, refletindo nos resultados de um determinado serviço nas metas delegada por ele mesmo ou por outra pessoa, acompanhado de uma falta de energia e esgotamento emocional.¹²

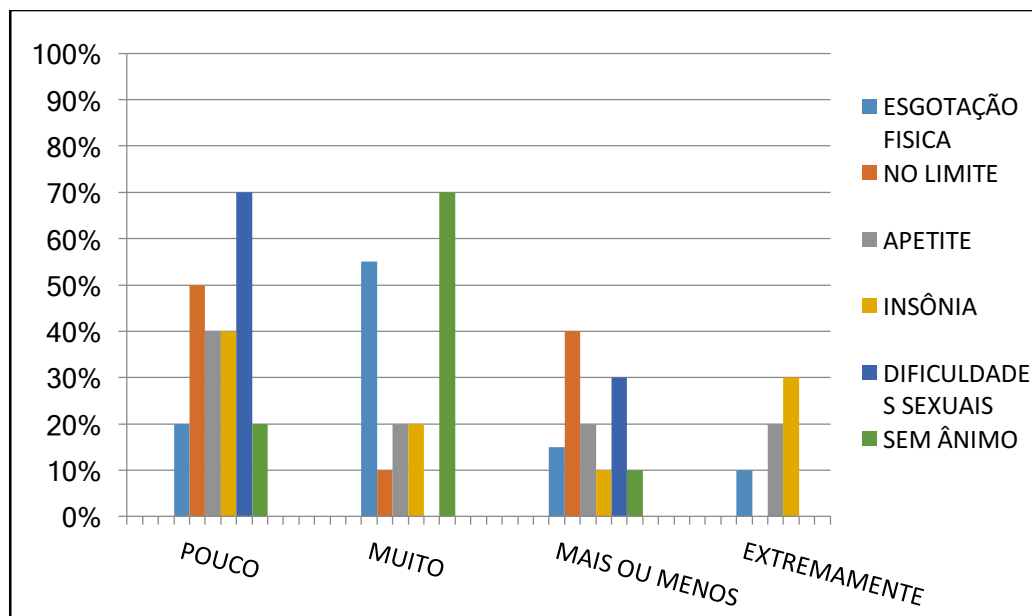
Figura 2 – Prevalência do Burnout nas suas Dimensões n=12.



De acordo com Maslach¹, tem-se como dimensões do Burnout: Elevado, que se configura Níveis Altos de estressores emocionais. Médio: Níveis psicológicos intermediários. Baixo: Níveis de baixa complexidade para ambos as dimensões.

Extraído dos dados coletados, na dimensão compreendida como exaustão emocional, observou-se que 75% dos profissionais pesquisados obtiveram nível elevado de Burnout, 10% apresentaram nível médio da doença e 15% nível de baixa complexidade (Figura 2). A exaustão emocional é considerada peça chave para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, expectativas não atingidas, trabalho não reconhecido, desafios e avanços na carreira profissional sem resultados, são fatores predominantes a cerca da Síndrome de Burnout.⁷

Figura 3– Aspectos Físicos Realização Pessoal n=12.

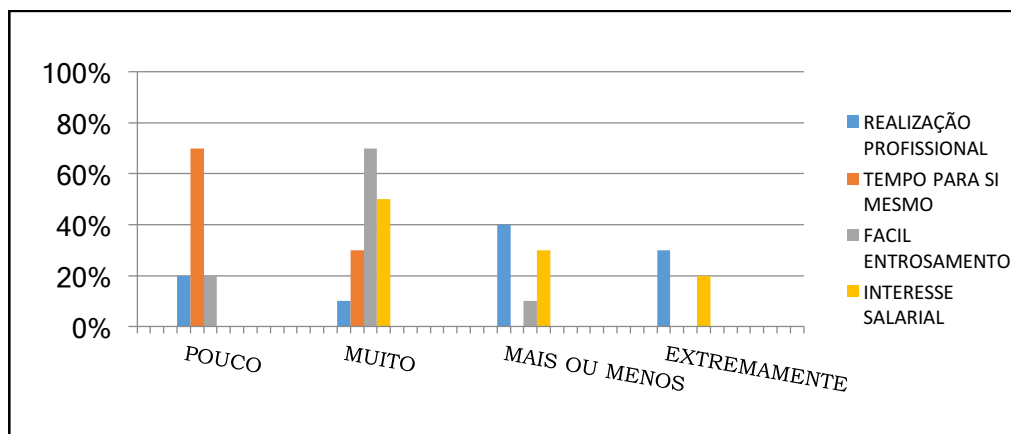


Com relação aos aspectos físicos (Figura 3), 70% dos pesquisados encontram-se muito sem ânimo, em contrapartida apresentam ter poucas dificuldades sexuais, 40% encontram-se no seu limite, 30% tem nível equilibrado de insônia, 55% encontram-se muito no seu limite e 40% responderam ter pouco apetite.

Diversas fases na Síndrome de Burnout foram observadas, de acordo com o estudo de Tironi¹⁵, esta pode acometer todos os trabalhadores da saúde e indivíduos cujas profissões os expõem à tensão e estresse intensos, como policiais, contadores, entre outros.

Todas essas fases abalam o estado psicológico e físico do profissional, são essas fases: idealismo, realismo; resistência, esgotamento físico, estagnação e frustração. Uma vez que todas as suas expectativas não obtêm resultados satisfatórios, começa então um abandono psicológico e físico.¹²

Figura 4 – Aspectos Físicos Realização Pessoal, n=12.

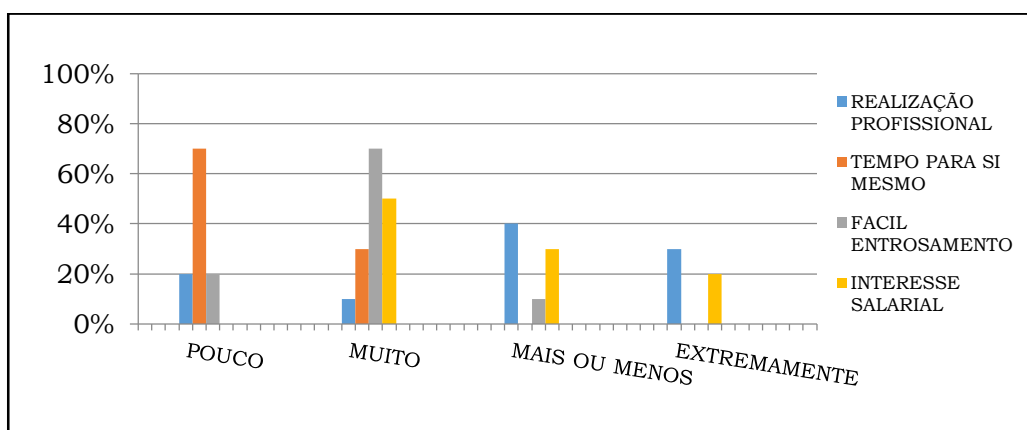


Ainda sobre os aspectos físicos (Figura 4), como o cansaço, má alimentação, e tudo que englobe o corpo do ser humano, 70% dos participantes tem pouco tempo para si mesmo e tem fácil entrosamento, 40% sentem-se mais ou menos realizados profissionalmente e 30% sentem-se extremamente realizados, 20% a 50% tem interesse salarial significativo.

A saúde mental é primordial para convívio em sociedade, as pressões sobre saúde mental estão se intensificando cada vez mais, de modo geral, a síndrome de burnout, é uma interação negativa entre o meio de trabalho e o profissional. A atividade docente tem características evidentes de estressores, ensinar trás repercussões notórias na saúde mental e física do profissional, o que compromete seu desempenho pessoal, emocional e social.⁵⁻¹⁴

Esse desgaste físico esta relacionado a uma demanda grande de trabalho e poucas horas de lazer, foco excessivo em aumentar a renda financeira também esta vinculada aos aspectos físicos, visando uma melhor qualidade de vida, o profissional preenche sua carga horária mediante ter retornos financeiros ao final do mês. Diante disto, o seu estresse físico aumenta, trazendo também dificuldades nas relações familiares e sociais.¹³

Figura 5 – Aspectos Sociais Despersonalização n=12.



Nas dimensões de despersonalização (Figura 5) que é definida pela perda de identidade, desgaste corporal e desgaste da consciência, 65% dos participantes estão com muita carga horária de trabalho, 50% lida fácil com problemas de trabalho, 60% absorve para si mesmo os problemas alheios.

O estresse ocupacional é uma das respostas entre as condições de trabalho e as capacidades exigidas, uma condição saudável de trabalho é o que possibilita o desenvolvimento individual, a suma importância entre a alternância do horário de repouso e os momentos de exigências. O grau de controle do profissional, sua autonomia e controle psicológico são primordiais para que nenhuma característica da síndrome se manifeste.¹⁵

Com base no gráfico, a um grande quantitativo na carga horária de trabalho e na absorção de problemas alheios, no que reflete de forma significativa no seu estado emocional, e físico.

Todas as profissões têm a estafa profissional observada, é bastante significativa nas profissões de cuidados e ajuda, o contato interpessoal é bastante intenso, o cuidado excessivo ao outro, seja ele para a saúde ou para educação.¹⁶

CONCLUSÃO

Conclui-se que a discussão sobre o tema abordado não pode ser deixada de lado, fatores simples do dia a dia são extremamente importantes para a contribuição da evolução da doença.

Conclui-se também com os resultados obtidos que foi alto o índice dos que apresentam predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Níveis de estressores como carga horária alta, exaustão emocional elevada, insônia, absorção de problemas alheios, qualidade de vida e pouco tempo reservado a si mesmo são variáveis que visam à verificação de casos da doença. Para que a sociedade entenda e reconheça essa realidade, devem ser criadas medidas para a construção de políticas de atenção a saúde do profissional visando intervir nas variáveis laborais e psicossociais inerentes ao adoecimento profissional.

Uma das dificuldades encontradas para o desenvolvimento do estudo foi a disponibilidade de tempo dos pesquisados em responder o questionário sociodemográfico.

A presente pesquisa se fez importante, mediante a verificação da prevalência de profissionais já acometidos pela Síndrome de Burnout, que em todas as Dimensões: Exaustão Emocional, Realização Profissional e Despersonalização, obteve-se um número elevado de sobrecarga emocional.

REFERÊNCIAS

- 1 - Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int.* 2009; 14: 204-20.
- 2- Santos AA, Sobrinho CLN. Revisão sistemática da prevalência de burnout em professores do ensino fundamental e médio. *Rev baiana saúde pública.* 2011; 35(2): 299-319.
- 3- Carlotto MS. Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psic Teor e Pesq.* 2011; 27(4): 403-10.
- 4 - Platsidou M. Trait emotional intelligence of Greek special education teachers in relation to Burnout and job satisfaction. *Sch Psychol Int.* 2010; 3(1): 31-60.
- 5 - Silva NR, Almeida MA. As características dos alunos são determinantes para o adoecimento de profissionais – Um estudo comparativo sobre a incidência de

- Burnout em professores de ensino regular e especial. *Rev bras educ espec.* 2011; 17(3): 373-94.
- 6- Jardim S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2011; 36(123): 84-92.
- 7- Donatelli S, Oliveira JÁ. O Trabalho de professores da educação básica no Rio Grande do Sul. São Paulo: Fundacentro; 2010.
- 8 - Gonçalves E, Síndrome de Burnout: desconhecida, mas perigosa. *Folha de Londrina.* 2008; 2: 7.
- 9 - Andrade OS, Cardoso TAO. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a síndrome de burnout. *Saúde Soc.* 2010; 21(1): 129-40.
- 10- Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- 11- Thomas JR, nelson JK. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 12 - Santos AFO e Cardoso CL: Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estud psicol (Campinas).* 2010; 27(1): 67-74.
- 13- Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(3): 716-21.
- 14- Carlotto MS, Câmara SG. Validação da versão Brasileira do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por El Trabajo” em professores. *Rev saúde pública.* 2010; 44(1):140-7.
15. Gomes AR, Oliveira S, Esteve A, Alvelos M. Stress, avaliação cognitiva e burnout: um estudo com professores do ensino superior. *Rev Sul-Am Psicol.* 2013; 1(1): 1-20.
16. Tironi MOS, Nascimento SCL, Barros DS, Reis EJFB, Marques FES, Almeida A et al. Trabalho e Síndrome da Estafa Profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(6): 656-62.

ATRIBUIÇÕES DE ENFERMEIROS NA ORIENTAÇÃO DE LACTANTES ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO

NURSING ROLES IN MOTHERS' GUIDANCE ABOUT BREASTFEEDING

Ariele Londres Mesquita¹, Valéria Andrade Brito Souza², Iel Marciano de Moraes Filho³, Thaynnara Nascimento dos Santos⁴, Osmar Pereira dos Santos⁵

Como citar:

Mesquita AL, Souza VAB, Moraes-Filho IM, Santos TN, Santos OP. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 158-70.

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo é um problema mundial de saúde pública. O enfermeiro como educador e promotor da saúde é quem deve orientar as gestantes no pré-natal, puerpério e pós-parto. São inúmeros os benefícios que existem na amamentação, dentre eles a involução uterina de forma acelerada, benefícios para mãe na prevenção de uma nova gestação e benefícios também para o bebê que receberá todos os nutrientes necessários na fase inicial de sua vida. A partir deste pressuposto o estudo tem como objetivo identificar as atribuições do enfermeiro no processo de conscientização do aleitamento materno para com as gestantes. Este estudo constitui em uma revisão integrativa de literatura científica e para coleta dos materiais foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os Periódicos Capes e o Google Acadêmico; os critérios de inclusão foram indexação de estudos nas respectivas bases de dados; relação direta com os descritores; pesquisas desenvolvidas no Brasil; idiomas de publicação em português; período de publicação compreendido entre 2011 e 2016. A partir dos fatos extraídos entende-se que a falta de orientação sobre aleitamento materno, os cuidados e os benefícios gerados são ainda os principais motivos de desmame precoce; desta forma o enfermeiro tem um papel importante na prevenção e promoção de saúde a estas nutrízes, estratégias devem ser criadas em conjunto com equipes de saúde para diminuir o índice de intercorrências mamárias e consequentemente garantir um período de amamentação adequado sem prejuízos tanto para a mãe quanto para o bebê.

Descritores: Aleitamento materno; Amamentação; Enfermeiro.

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is a global public health problem. The nurse as educator and health promoter is the one who should guide the pregnant women in prenatal, puerperal and postpartum. There are many benefits to breastfeeding, including rapid uterine involution, benefits for the mother in preventing a new pregnancy, and benefits for the baby who will receive all the nutrients needed early in life. Based on this assumption, the study aims to identify the roles of nurses in the process of raising awareness of breastfeeding in relation to pregnant women. This study constitutes an integrative review of scientific literature and for the collection of the materials were used the Virtual Health Library (VHL) databases, Capes Periodicals and Google Scholar; the inclusion criteria were indexation of studies in the respective databases; direct relation with the descriptors; research developed in Brazil; languages of Portuguese publication; publication period between 2011 and 2016. Based on the facts extracted, it is understood that the lack of guidance on breastfeeding, the care and benefits generated are still the main reasons for early weaning; In this way nurses have an important role in the prevention and health promotion of these mothers, strategies should be created in conjunction with health teams to reduce the rate of breast complications and consequently ensure adequate breastfeeding without harm to both the mother and for the baby.

Descriptors: Breastfeeding; Breast-feeding; Nurse.

REVISA

¹ Enfermeira. Faculdade União de Goyazes - FUG.
arielondres@hotmail.com

² Enfermeira. Faculdade União de Goyazes - FUG.
vsa.comercial@hotmail.com

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista-UNIP.
ielfilho@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Especialista. Universidade Paulista.
thaynnarasnascimento@hotmail.com

⁵ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais. Faculdade União de Goyazes-FUG.
osmarenfi@gmail.com

Recebido em: 29/06/2016

Aceito em: 23/08/2016

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher está diretamente relacionada a alterações que por algum motivo ocorrem diariamente, como no processo que antecede o aleitamento materno. A lactação é um fenômeno complexo que leva em consideração alterações hormonais e mecanismos de adaptação; caso estas alterações não ocorram de forma adequada podem levar a doenças ou condições que são exclusivas às mulheres e que serão importantes e podem gerar consequências durante toda a vida.¹

Com o tempo perceberam a necessidade de ampliar a percepção da mulher no aleitamento materno, pois a mesma é um ser biopsicossocial, pautado na singularidade e precisa ser entendida de uma maneira holística com uma visão multiprofissional com enfoque na interdisciplinaridade.¹

Desta forma a prática do aleitamento materno exclusivo é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma recomendação mundial de saúde Pública, e como fator determinante para um cuidado inerente a criança que refletirá no crescimento e desenvolvimento do mesmo, onde não há necessidade de complementação ou reforço até os seis meses de vida do recém-nascido; a partir dos seis meses deve haver complementação com frutas e papinhas sem deixar de amamentar, fazendo com que se estenda até os dois anos ou mais.¹

O leite materno é um alimento completo e natural que oferece vantagens tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, sejam elas a curto e longo prazo; são raros os casos onde o bebê não se adequa ao alimento.²

A amamentação adequada traz inúmeros benefícios como: prevenção de infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; também contém efeito protetor sobre alergias especialmente sobre proteínas do leite de vaca, dando uma melhor aceitação a outros alimentos; a longo prazo: previne diabetes e linfomas.²

A amamentação promove a involução uterina precoce, em alguns casos protege contra uma nova gravidez e favorece assim uma menor probabilidade do desenvolvimento de câncer de mama entre outros. O leite materno é a forma mais barata e segura de alimentar o bebê, mas é fundamental que sejam levados em conta algumas condições como: regime livre, não complementação do leite, pois desta forma o bebê estará protegido.²

Diante desta realidade e para assegurar que o papel da mãe seja realizado de forma natural, humanizada e efetiva, cabe ao enfermeiro saber ouvi-la, esclarecer suas dúvidas, e principalmente entendê-la devido suas crenças e costumes, levando a amamentação a um ato de prazer, de forma que a mesma fortaleça o binômio mãe e filho.³

O enfermeiro exerce um papel fundamental no que concerne ao aconselhamento das futuras mães, sendo um meio importante para aumentar o índice das mães que amamentam, este deve apoiar e instruir a gestante durante o pré-natal, formando grupos de gestantes e promovendo campanhas de incentivo ao aleitamento.⁴

O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso:

- Idade materna: mães adolescentes tendem desmamar os filhos mais precocemente, devido à estética, a um nível educacional menor, por serem solteiras, e não terem apoio familiar;³
- Situação socioeconômica, grau de instrução e condições de trabalho materno;³
- Situação conjugal, o papel do pai e de outras pessoas significantes para a mãe em situações onde a mãe tem o apoio familiar o índice de

amamentação e maior;³

- Paridade materna, experiência anterior e intenção de amamentar: Mães de primeira viagem amamentam por menos tempo seus filhos, segundo algumas literaturas por receio de amamentar; aquelas com experiência anterior amamentam mais os filhos, e quando existe a intenção de amamentar as mães prolongam esta amamentação;³
- O papel do profissional de saúde: o profissional da área da saúde deve ser capacitado para melhor informar e tirar dúvidas das gestantes, o que se inicia no pré-natal discutindo sobre a importância do aleitamento com as mães;³
- Rotinas hospitalares: estudos comprovam que em partos normais o vínculo entre mãe e filho ocorre mais precocemente do que em parto Cesário, o que ajuda no processo de amamentação; o alojamento conjunto interfere positivamente na amamentação independente do tipo de parto;³
- Problemas com o aleitamento: algumas mães sabem da importância do pré-natal, porém relata como problema a falta de leite ou leite fraco, prótese mamária e cirurgias de redução também são fatores que interferem na amamentação.³

Diante de uma realidade onde há necessidade de mudanças, faz-se necessário intensificar a atuação do enfermeiro em prol do aleitamento materno, de forma a aumentar o número de mães que aderem a esta prática que é de extrema importância para o desenvolvimento do bebê; desta forma este estudo terá como objetivo identificar as atribuições do enfermeiro no processo de conscientização do aleitamento materno para com as gestantes.

MÉTODO

Este estudo constitui uma revisão integrativa da literatura científica sobre as atribuições do enfermeiro na conscientização do aleitamento materno para com as gestantes. Para o alcance do objetivo proposto, optou-se por este tipo de revisão de literatura, uma vez que ela exibe a síntese de múltiplos estudos científicos. Além disso, permite conclusões gerais de determinada área de estudo, corroborando para o aprofundamento e propagação do conhecimento dos problemas analisados em questão e de como ele tem sido estudado nas pesquisas atuais.

A revisão integrativa é um estudo que se dá a partir da análise de pesquisas relevantes de fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico que reúne conhecimentos sobre o fenômeno a ser investigado. Constitui uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, criteriosa e conscienciosa, que aumenta a credibilidade e a profundidade de conclusões que podem contribuir para reflexão sobre a realização de futuros estudos, desta forma contribuindo também para tomada de decisão que busque melhorar as evidências recentes.⁶

No presente estudo, optou-se por pesquisar em periódicos de divulgação científica. Foram consultadas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os Periódicos Capes e o Google Acadêmico.

Na busca eletrônica dos artigos científicos e indexados nas bases de dados citadas, utilizaram-se os seguintes Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações na língua portuguesa: Desmame Precoce, Aleitamento Materno, Enfermagem.

Os seguintes critérios de inclusão para selecionar os estudos foram utilizados: indexação de estudos nas respectivas bases de dados; relação direta

com os descritores; pesquisas desenvolvidas no Brasil; idiomas de publicação em português; período de publicação compreendido entre 2011 e 2016; estudos com pesquisa de campo e artigos disponíveis *online*. Foram excluídas deste estudo revisões de literatura, dissertações, teses e editoriais. A coleta de dados foi realizada seguindo os critérios de inclusão no mês de setembro de 2016. Ao se associarem os descritores foram encontradas 112 referências na BVS, 14 nos Periódicos Capes e 3.750 no Google Acadêmico. Após a aplicação dos critérios de inclusão restaram 9 (BVS), 6 (Capes) e 1.860 (Acadêmico).

Na primeira fase foi realizada a leitura dos títulos dos artigos e seus resumos. Após essa análise, foram selecionados 4 artigos da BVS, 2 dos Periódicos da Capes e 10 artigos do Google Acadêmico. Na Comparação dos resultados das buscas entre as bases de dados, do total de 16 publicações selecionadas para leitura integral dos textos.

Na segunda fase foi feita a leitura completa dos artigos, sendo excluídas as publicações que, embora contemplassem os descritores, não tratavam diretamente do tema objeto de estudo desta pesquisa. Após essa fase, foram selecionados 11 artigos que compõem a amostra final para o presente estudo.

Na terceira e última fase, os 11 artigos foram analisados a partir da identificação de categorias e variáveis com base no objetivo do presente estudo. Os conceitos-chave foram destacados e a análise seguiu o proposto na literatura específica da revisão integrativa de literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos referentes à temática da importância do enfermeiro na conscientização das gestantes tiveram uma produção considerável no ano de 2011 com 5 publicações e no ano de 2012 caiu para 1 publicação. O ano de 2013 com um leve crescimento de 3 publicações e em 2014 o número decresceu novamente para apenas 2 trabalhos publicados. Esta variação nos últimos anos de publicação demonstrou que houve uma diminuição do interesse pela pesquisa e publicação da temática.

Os artigos que compuseram a amostra de dados da presente revisão foram publicados em revista de grande impacto, dentre elas estão Revista Rene, Revista Brasileira de Enfermagem, Jornal de Pediatria, Revista Escola Enfermagem USP, Cogitare Enfermagem, Acta Paul Enfermagem, Ciência Cuido Saúde. Os estudos se caracterizam com um percentual de abordagens metodológicas de (7) estudos de caráter qualitativos, (4) de caráter descritivo, (2) estudos de corte, (1) estudo ecológico e (3) que utilizaram a abordagens qualitativas e descritivas.

A tabela 1 abaixo descreve o conjunto dos 11 artigos selecionados neste estudo. Esta apresenta estudos incluídos nesta revisão integrativa, segundo autores, títulos, periódicos, ano de publicação e tipo de estudo.

Quadro 1: Artigos da amostra final, por ordem decrescente do ano de publicação.

Autores	Título	Periódico e ano de publicação	Tipo de estudo
Rodrigues BC, Peloso SM, França LCR, Ichisato SMT, Higarashi IH.	Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras.	Revista Rene (2014)	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

Rocci E, Fernandes RAQ.	Dificuldades no aleitamento materno e influencia do desmame precoce.	Rev. Bras. enferm (2014)	Estudo de corte.
Oddy, W.H	Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal	Jornal de Pediatria (2013)	Estudo ecológico
Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN.	Influência da assistência de enfermagem na pratica da amamentação no puerpério imediato.	Saúde debate vol. 37 no 96 (2013)	Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa.
Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV.	Hospital amigo da criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes.	Rev. esc. enferm. USP vol. 47 no.6 (2013)	Pesquisa de corte prospectiva.
Machado MOF, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Sponholz FG.	Aleitamento materno: conhecimento e prática.	Rev. esc. enferm USP (2012)	Estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório
Quirino LS, Oliveira JD, Figueiredo MFER, Quirino GS.	Significado da experiência de não amamentar relacionado às intercorrências mamárias.	CogitareEnferm (2011)	Pesquisa de natureza descritiva, com abordagem qualitativa.
Polido CG, Mello DF, Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Tonete VLP.	Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico.	Acta Paul Enferm (2011)	Estudo qualitativo de cunho etnográfico.
Gradim CVC, Magalhães MC, Faria MC, Arantes CIS.	Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama.	Rev Rene (2011)	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo exploratório, de base populacional e delineamento transversal.
Takemoto AY, Santos AL, Okubo P, Bercini LO, Marcon SS.	Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação.	CiencCuidSaude (2011)	Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa.
Filho MDS, Neto PNTG, Martins MCC.	Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem.	CogitareEnferm (2011)	Estudo fenomenológico e abordagem qualitativa.

Caracterização da mulher brasileira frente à amamentação

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS); frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos.⁶

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação

com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. As mulheres vivem mais que os homens, porém adoecem mais frequentemente.⁶

Os problemas das mulheres são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico; outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades.⁶

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição).⁶

Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.⁶

Desta forma foi criada em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros, entes fundamentais para a concretização das políticas, enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.⁶

Com os objetivos de: 1) Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; 2) Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; 3) Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.⁷

O Pacto pela Saúde é um compromisso dos gestores do SUS, das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), para melhorar a saúde de brasileiras e brasileiros. O Pacto pela Saúde tem três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão.⁷

Assim o Pacto pela Vida enfoca a saúde da mulher através de compromisso dos gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população tais como:

- Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal/ 7 ou +;
- Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;
- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- Concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos;
- Proporção de punção de mama dos casos necessários;
- Razão de mortalidade materna;
- Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos;
- Proporção de partos cesáreos.⁷

A amamentação exclusiva é evitada devido aos fatores sociais e econômicos inerentes que obrigam as mulheres a serem arrimo de família, proporcionando assim um cuidado menos efetivo com as crianças, trazendo-lhe benefícios de crescimento e desenvolvimento futuros e até mesmo de caráter social e de vínculo com as mesmas.

Benefícios para o lactante e a lactente inerente a amamentação

A amamentação promove inúmeros benefícios tanto para o lactante quanto a lactente, fornecendo ao recém-nascido um alimento nutritivo composto por vitaminas, proteínas, sais minerais, água e gordura, visto que é fundamental para seu desenvolvimento.⁸

O leite materno é dividido em três períodos: colostro, transição e leite maduro.

O colostro é liberado nas primeiras horas de vida do neonato se estendendo até o quinto dia, de cor amarelada, grosso e em pouca quantidade, contendo menor teor de gordura e lactose e um elevado nível de minerais e proteínas e fatores de crescimento e o leite maduro contém quantidade inferior de imunoglobulina A.⁹

O aleitamento materno exclusivo contribui para a diminuição da mortalidade infantil, casos de diarreia, otites, alergias, desnutrição e risco de infecção, diabetes e obesidade.⁸

O contato mãe e filho devem ser estimulados na primeira meia hora após o nascimento, porque o aleitamento materno imediato é o melhor método de evitar óbitos neonatais. O intestino do recém-nascido é hipersensível e o leite materno contém imunológicos protetores para o-inflamatórios atuando na maturação do intestino.⁹

Os agentes imunológicos, enzimas, hormônios e fatores de crescimento, presentes principalmente em maior quantidade no colostro são necessários ao desenvolvimento do recém-nascido sendo que quando não há o aleitamento exclusivo os lactentes ficam susceptíveis a infecções e ao desenvolvimento de doenças entéricas.⁹

Esta amamentação promove o fortalecimento do vínculo mãe e filho, e também atua na prevenção do câncer de mama e também quando a mesma é seguida à risca sem nenhuma complementação a criança em sua dieta é considerada um método anticoncepcional, reduzindo custos, diminuindo os riscos de anemia, prevenção de hemorragias pós-parto e acelera o processo de involução uterina.¹⁰

A amamentação contribui para o desenvolvimento do sistema estomatognático. O processo de sucção através da amamentação fortalece a musculatura oral, e diminui o uso de bicos e chupetas e evitando problemas de caráter ortodônticos.⁸

Principais causas que levam ao desmame precoce

Traumas mamilares como: mamilo plano, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite puerperal e abscesso mamário, são grandes fatores de desmame precoce, principalmente nos primeiros dias de vida da criança onde as mamadas são irregulares e o posicionamento e pega inadequada provoca dor e desconforto.¹¹

Mães primíparas com baixo poder econômico tendem a manter o aleitamento materno exclusivo por um período menor devido à pouca experiência e falta de compreensão das orientações.⁸

Mães adolescentes e solteiras não recebem apoio familiar associando sentimento de insegurança e despreparo para assumir a responsabilidade de ser mãe, devido ao seu baixo poder econômico, emocional e educacional.¹²

Cônjuges e familiares obtêm enorme influência negativa levando a nutriz o incentivo a introdução de água, leites industrializados, bico e acarretando a sensação de impotência à mãe sobre sua produção de leite.¹³

As culturas familiares interferem negativamente no processo de aleitamento exclusivo, mitos, crenças e tabus enraizados são trazidos por mães e avós por suas experiências anteriores, havendo um enorme peso na

continuidade desta prática.¹²

A expressão leite fraco ou pouco leite é relatada por quase todas as mulheres que desmamam seus filhos precocemente, porém, não há nenhuma confirmação biológica para este fato. A diminuição do leite se dá principalmente ao desinteresse por falta da lactante, ao desconhecimento do ato de amamentar e valores do leite.¹⁴

Perante a sociedade a boa mãe é aquela que amamenta o seu filho, sendo um ato desejado e idealizado, porém, nem sempre concretizado. Quando este não acontece provoca conflitos sociais e emocionais para a lactante, desencadeando sentimentos de impaciência, irritação e raiva. Para muitas mulheres a pressão social impõe obrigação de amamentar se tornando um fardo, pois muitas delas exercem o papel de mãe, esposa e profissional.⁸

A Organização Mundial da Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do lactente. No entanto, a licença maternidade se estende somente até o quarto mês, tornando este um dos maiores fatores de desmame precoce.¹⁵

O que interfere na frequência das mamadas, e resulta na diminuição da produção de leite. As mães devem ser devidamente orientadas quando a ordenha e armazenamento de leite. O cansaço físico resultado da jornada de trabalho e a diminuição do leite contribuem na tomada de decisão de desmamar.¹⁵ Após o nascimento do recém-nascido algumas mães sofrem depressão pós-parto o que diminui o vínculo mãe e filho levando ao desmame progressivo.¹⁰

Papel do enfermeiro frente à adesão da amamentação

O enfermeiro deve ser devidamente capacitado, ter conhecimento, habilidades e sensibilidade para aconselhamento, compreendendo a amamentação como um processo complexo que engloba a cultura, o valor, o social, o biológico e o emocional, indo além das informações técnicas ampliando a assistência associada a aspectos socioculturais.¹¹

A ação do enfermeiro se inicia durante o pré-natal, onde são realizadas consultas de enfermagem e se descobre as necessidades e dificuldades da gestante no seio familiar, conhecendo suas crenças e mitos, devido a influência familiar que contém inúmeros fatores sociais, psicológicos, econômicos, religiosos, conjugais, culturais e de escolaridade.¹⁶

A atuação do enfermeiro é de prevenção e promoção à saúde da gestante através de projetos e ações sociais que são promovidas nos postos de Estratégia Saúde da Família (ESF) seguindo normas da OMS, realizando exames como teste da mãezinha gratuito realizado pelo SUS que abrange doenças como: Citomegalovírus, Clamídia, Doença de Chagas, Hepatite B, Hiperfenilalaninemia Materna, Hipotireoidismo Materno, HIV, Rubéola, Sífilis, Toxoplasmose e Variantes de Hemoglobinas.¹⁶

A partir dos resultados dos exames obrigatórios se houver algum resultado positivo a gestante é encaminhada para hospitais de referência para realizar o pré-natal. Caso os resultados sejam negativos o pré-natal será realizado no ESF, com acompanhamento de consultas médicas e de enfermagem.¹⁰

A orientação dada pela equipe de enfermagem obtém grande influência na tomada de decisão de amamentar ou não, por isso o enfermeiro deve portar de sabedoria teórica, prática e humanizada, pois acima de tudo deve se entender as possibilidades, as necessidades e o emocional que variam de gestante para gestante.¹⁰ Trata-se de um cuidado que vai além do técnico, porque o primeiro passo para realizar o aleitamento exclusivo é a vontade da gestante em amamentar, que se adquire através de orientações corretas sobre os benefícios, os mitos e as dificuldades do processo de amamentar.⁸

O segundo passo é o incentivo familiar e conjugal no qual o enfermeiro através de consultas de enfermagem orienta a família dos benefícios e como realizar o aleitamento exclusivo, incentivando sempre o apoio emocional a gestante principalmente em casos de mães adolescentes.¹⁷

O enfermeiro realiza palestras semanais com as gestantes abordando assuntos sobre aleitamento, pós-parto, cuidados com o recém-nascido e cuidados com a mulher, sendo cada assunto abordado de uma vez, um espaço aberto para que gestantes esclareçam suas dúvidas e aprendam sobre assuntos desconhecidos.¹⁷

O enfermeiro realiza consultas de enfermagem em domicílio às gestantes que não frequentam as ações sociais, normalmente são mulheres de menor condição econômica, solteiras e que trabalham, para um acompanhamento individual, levando orientação sobre a importância do aleitamento materno tanto a parturiente quando ao recém-nascido.⁸

O ESF fornece kits de enxoval do bebê para gestantes de menor condição econômica, dando apoio fortalecendo o vínculo entre a mãe e os profissionais de saúde.¹⁷ Na fase do puerpério a equipe de enfermagem incentiva a amamentação na primeira meia hora após o nascimento, o que fortalece o vínculo mãe filho e estimula a produção do leite. O enfermeiro ensina a nutriz a realizar a pega e posicionamento adequado do neonato junto ao seio materno, sobre o não uso de complementos alimentares, chupetas e mamadeira.¹⁶

São passados ensinamentos de técnicas para prevenção de intercorrências mamárias como; hidratar e higienizar os mamilos, incentivando a exposição ao sol, realizar compressas frias e ordenha manual. Se já houver alguma intercorrência o enfermeiro está apto para o cuidado e tratamento da mesma.¹¹ Após a alta hospitalar a lactante é encaminhada ao ESF (Estratégia da Saúde da Família) para acompanhamento pós-parto, onde as visitas domiciliares feitas pelo enfermeiro e sua equipe multidisciplinar vão ajudar a manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses através de orientações, dando suporte nas intercorrências.¹¹

Leis que asseguram à parturiente e a lactante

A mulher tem direito a acompanhamento especializado durante a gravidez: o que inclui exames, consultas e orientações gratuitas bem como ao conhecimento do seu local de atendimento e vinculação a este para o pré-natal e o parto as leis que asseguram são:

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 regula no § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, que se baseia em um mecanismo que permitirá a escolha de sua prole de forma consciente, evitando assim futuros desarranjos sociais e econômicos, também prevê a capacitação e o acesso facilitado a informações como os métodos e técnicas contraceptivos para regulação da fecundidade ou prevenção da gravidez, regulamentado pela o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.¹⁸

A Portaria nº 69, de 01 de junho de 2000 considera o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania.¹⁹ A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.⁷ Desta forma a mesma também tem direito a um acompanhante, de sua indicação, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto resguardada pela lei Orgânica do SUS 8080 de 1990.²⁰

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria

ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.²⁰

Os hospitais de todo o país são obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido às parturientes, desta forma os direitos da gestante são inerentes à Constituição Federal e as leis que tramitam de forma tripartite no SUS e na Carta Magna brasileira.²⁰

Mudanças de paradigmas frente à enfermagem para uma maior adesão ao aleitamento materno e diminuição do desmame precoce.

Acredita-se que o reforço da orientação pelos profissionais da saúde é uma efetiva ação para fortalecer a prática da amamentação, sendo necessário estimular as mulheres desde jovens para esta prática, para que elas possam se adaptar como hábitos de vida saudável, realizando-se assim o aleitamento como valor de proteção à saúde da mulher e da criança.¹⁰

A amamentação deve ser vista não somente como um ato natural e prazeroso, mas sim como uma experiência complexa que envolve vários fatores para que as nutrizes realizem a amamentação não de uma forma mecânica nem persuasiva havendo mais possibilidades de prolongar a amamentação.⁸

Os principais motivos que levam ao desmame precoce são: intercorrências mamárias: mamilo plano, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite puerperal e abscesso mamário; retorno ao trabalho; preguiça e falta de paciência; leite fraco ou pouco leite; falta de orientação pelos profissionais da saúde; informações incorretas sobre o ato de amamentar; erro na técnica de amamentação como: posicionamento e pega; fatores culturais; Idade materna; desinteresse por parte da mãe; mães primíparas; baixo nível socioeconômico; grau de escolaridade; condições de parto; falta de incentivo de cônjuge e parentes; depressão pós parto; Valores sociais.^{8,10, 13-17,21}

Embora muito se fale sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do lactente os índices de aleitamento continuam baixos, muito abaixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), qualificando o desmame precoce como um problema mundial de saúde pública.¹⁴

A OMS juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) elabora estratégias de incentivo a esta prática. Uma delas é a iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) implantadas em hospitais maternidades e que vêm aumentando o número de mães que realizam o aleitamento materno exclusivo corretamente e diminuindo o número de casos de intercorrências mamárias. Esta iniciativa é realizada seguindo dez passos para o sucesso do aleitamento materno.¹⁴

PASSO 1 Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde; Como todo projeto, deve ser documentado e com livre acesso a equipe de enfermagem.¹⁴

PASSO 2 Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma. O enfermeiro deve treinar a equipe de enfermagem através de orientações, palestras e demonstrações de técnica de enfermagem, capacitando a equipe para atuar em momentos de dúvidas por parte das parturientes e possíveis intercorrências mamárias, fornecendo a equipe conhecimentos teóricos e práticos.¹⁴

PASSO 3 Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno. A orientação sobre os benefícios do aleitamento materno tanto para a mãe quanto ao recém-nascido deve ser feita pela equipe de enfermagem. Um estudo realizado no município de Uberaba em Minas Gerais

relatou que o maior motivo de desmame precoce relatado por mães foi a falta de orientação.¹⁴

PASSO 4 Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê. O contato mãe e filho devem ser estimulados nos primeiros minutos de vida do lactente. A equipe de enfermagem deve ajudar as parturientes a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, orientar sobre a pega e o correto posicionamento do recém-nascido, fortalecendo assim o vínculo mãe e filho.¹⁴

PASSO 5 Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos. Deve-se informar sobre a ordenha manual e armazenamento correto do leite, em casos de retorno ao trabalho, sobre a importância de continuar o aleitamento materno com a separação do lactente.¹⁴

PASSO 6 Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica. É importante orientar a lactante a manter o aleitamento exclusivo até os seis meses, explicar que o leite materno contém todos os nutrientes, vitaminas, imunológicos e água necessários para o desenvolvimento do lactente a menos que seja por prescrição médica em casos específicos.¹⁴

PASSO 7 Praticar o Alojamento Conjunto permitir que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia. Estudos comprovam que o alojamento conjunto ajuda a influenciar as mães a amamentarem, de modo que uma mãe estimula a outra. Estando os lactentes 24 horas com as parturientes facilita o aleitamento sobre livre demanda e fortalece o vínculo mãe e filho.¹⁴

PASSO 8 Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda. A equipe de enfermagem deve orientar sobre a importância do aleitamento sobre livre demanda, pois estimula a produção de leite.¹⁴

PASSO 9 Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio. A indução de bicos artificiais ou chupetas em recém-nascidos diminui e espaça as mamadas atrapalhando o processo de aleitamento e desenvolvimento bucal e respiratório da criança. O recém-nascido passa a dar preferência aos bicos e chupetas podendo até levar ao desmame precoce.¹⁴

PASSO 10 Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar. Após a alta hospitalar a equipe de enfermagem deve encaminhar as mães para ESFs onde mãe e filho terão assistência e cuidado promovendo a continuidade do aleitamento materno até os seis meses.^{9,11,14, 17}

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua na prevenção e promoção a saúde influenciando diretamente na prática do aleitamento materno, sendo este o papel do enfermeiro com acompanhamentos pré-natal, pós-parto e puerpério. Os ESFs promovem ações educativas fortalecendo as potencialidades individuais e coletivas.¹⁷

CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos mencionados entende-se que a falta de orientação sobre o processo de aleitamento materno exclusivo; os cuidados preventivos de intercorrências mamárias; os benefícios do leite materno para o lactente; e as vantagens da amamentação em curto e longo prazo tanto para a lactante quanto para o lactente são os principais motivos que levam ao desmame precoce.

Desta forma afigura-se o importante papel do enfermeiro na prevenção e promoção da saúde dando acompanhamento as nutrízes durante o pré-natal, o puerpério e o pós-parto, interferindo positivamente para a realização da prática do aleitamento materno exclusivo, através de orientações e cuidados de enfermagem.

A elaboração de estratégias sociais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança IHAC devem ser aplicadas a todos os hospitais maternidade, com normas que definem e intensificam o trabalho do enfermeiro em conjunto com ações dos ESFs diminuindo os índices de intercorrências mamárias, de óbitos neonatais e desmame precoce.

REFERÊNCIAS

1. Maia MJC. O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. 2007. Dissertação de Mestrado. Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2007.
2. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno. Brasília: UNICEF; 2008.
3. Faleiros Francisca Teresa Veneziano, Trezza Ercília Maria Carone, Carandina Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Rev. Nutr. [Internet]. 2006 Oct [cited 2018 Feb 06]; 19(5):623-30.
4. Escobar Ana Maria de Ulhôa, Ogawa Audrey Rie, Hiratsuka Marcel, Kawashita Milka Yuri, Teruya Priscila Yoshie, Grisi Sandra et al . Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2002 Dec [cited 2018 Feb 06]; 2(3): 253-61.
5. Mendes Karina Dal Sasso, Silveira Renata Cristina de Campos Pereira, Galvão Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 Dec [cited 2018 Feb 06] ; 17(4): 758-64.
6. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília DF, 2014.
7. Lei nº 11.634, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 27 de dezembro de 2007.
8. Quirino LS, Oliveira JD, Figueiredo MFER, Quirino GS. Significado da Experiência de não amamentar relacionado às intercorrências mamárias. Cogitare Enferm. 2011; 16(4):628-33.
9. Oddy Wendy H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2013 Apr [cited 2018 Feb 06] ; 89(2): 109-11.
10. Côrtes Gradim, CV, Cláudia Magalhães, M, Ferreira Faria, MdC, Spinelli Arantes, CI. Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2011;12(2):358-64.
11. Souza Filho MD, Gonçalves Neto PNT, Martins MCCM. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. Cogitare Enferm. 2011; 6(1):70-5.
12. Takemoto AY, Santos AL, Okubo P, Bercini LO, Marcon SS. Preparo e apoio a mãe adolescente para a prática de amamentação. Cuid Saude 2011; 10(3):444-51
13. Polido CG, Mello DF, Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Tonete VLP. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. Acta Paul Enferm 2011;24(5):624-30.
14. Rocci Eliana, Fernandes Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Rev bras enferm. 2014; 67(1): 22-7.
15. Rodrigues, BC, Pelloso, SM, Rizzato França, LC, Tsukuda Ichisato, SM, Higarashi, IH. Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. Rev RENE. 2014;15(5):832-41.
16. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrao ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. Rev esc enferm USP. 2013; 47(6):1291-7.

17. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. Rev esc enferm USP. 2012; 46(4): 809-15.
18. Brasil. Lei nº 9.263. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 1996.
19. Portaria Nº 569. Dispõe sobre o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
20. Brasil. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
21. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na pratica da amamentação no puerpério imediato. Saúde Debate. 2013; 37(96): 130-8.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AÉREO A PACIENTES POLITRAUMATIZADOS-REVISÃO DE LITERATURA

AIR PREHOSPITAL CARE: PRACTICE NURSES IN POLYTRAUMA PATIENTS

Karen Leme Bonuzzi¹, Claudia Cristina S.da Silva Muniz², Osmar P. dos Santos³, Iel Marciano Moraes Filho⁴, Victor C. Lopes⁵, Rodrigo Marques da Silva⁶.

Como citar:

Bonuzzi KL, Muniz-Silva CCS, Santos OP, Moraes-Filho IM, Lopes VC, Silva RM. Atuação do enfermeiro no atendimento pré hospitalar aéreo a pacientes politraumatizados- Revisão de literatura. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 171-77.

RESUMO

Analizou-se a atuação do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar aéreo a pacientes politraumatizados segundo a produção científica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cuja coleta de dados ocorreu em Fevereiro de 2016 na biblioteca SciELO e nas bases de dados LILACS e Medline. Foram utilizados os descritores: Atendimento Pré Hospitalar Aéreo, Enfermagem, Politraumatizados e Urgência e Emergência. O enfermeiro de bordo deve ter uma boa condição física, controle emocional, criatividade e habilidades de improviso para o bom desempenho durante a atuação no transporte aéreo com asas rotativas. Ainda, destaca-se a importância da preparação prévia do paciente, que deverá estar o mais estabilizado possível, e da equipe devidamente para o correto manuseio do material necessário durante o voo e para atuar na emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica. Embora haja protocolos definidos para atuação do enfermeiro nessa modalidade, verificou-se escassez de materiais literários e científicos dificulta uma discussão mais abrangente dos contextos que permeiam os resgates aéreos. Nesse contexto, sugere-se a condução de novas e detalhadas produções científicas sobre a assistência de enfermagem no resgate aéreo. Assim, será possível uma assistência mais segura e de qualidade, bem como a formação adequada de profissionais para atuarem nessa modalidade de cuidado em saúde

Descritores: Atendimento Pré Hospitalar Aéreo; Politraumatizados; Urgência e Emergência.

ABSTRACT

We assessed the nursing practice in air prehospital care for polytrauma patients according the scientific production. This is a literature review whose data were gathered in February 2016 from Scielo, Lilacs and Medline. As research methods we used the next descriptors from: Air prehospital care; Polytrauma; Urgency and Emergency. Air nurses need a good health condition, emotional control, creativity and improvising skills to get a satisfactory performance during the rotorcraft flight. Also, patients need to be previously clinical stabilized and the nursing team adequately trained to handle with health materials during the flight and for acting in pre-hospital emergencies and aerial removal. Although there are protocols for nursing practices in this field, we found a lack of scientific studies, what limits a wide discussion about the aerial rescues. In this sense, new and more detailed researches about nursing care in air pre-hospital care need to be held. Thus, we can expect a safer and qualified healthcare, as well as a adequate education for professional who work in this healthcare area.

Descriptors: Air prehospital care; Polytrauma; Urgency and Emergency.

REVISA

¹ Enfermeira. Especialista.
karen_leme_bonuzzi@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora. Universidade
Nove de Julho - UNINOVE
claudiasoares@uninove.br

³ Enfermeiro. Mestre. Faculdade União
de Goyazes.
osmarenfi@gmail.com

⁴ Enfermeiro. Mestre. Faculdade União
de Goyazes/ Universidade Paulista.
ielfilho@yahoo.com.br

⁵ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem.
Associação Juinense de Ensino
Superior.
Victor_caue@hotmail.com

⁶ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem.
Faculdade de Ciências e Educação Sena
Aires.
rodrigomarques@senaaires.com.br

Recebido em: 25/06/2016

Aceito em: 21/08/2016

REVISÃO

INTRODUÇÃO

Desastres, acidentes e emergências não seguem regras, portanto, prever hora, local e número de vítimas a se socorrer torna-se impossível¹; fazendo necessário que haja adequada estrutura prévia, para um bom atendimento; de modo tal, que esta seja a diferença entre o sucesso ou fracasso no perfeito atendimento a essas vítimas.²

Na Revista Bioética¹, entender as necessidades de cada tipo de ocorrência pode ser o ponto mais importante para que oferecer um bom atendimento a cada caso, já que, a emergência de modo generalizado, diz respeito à saúde pública, prevenção de acidentes, muito relacionado a políticas de educação pública, legislação de trânsito ou normas técnicas.¹

Em todo o mundo, na tentativa de diminuir os custos sociais e aprimorar o cuidado as vítimas, inúmeras tecnologias têm sido incorporadas², no entanto, nem sempre é possível evidenciar o real impacto do atendimento na sobrevivência das vítimas, pois muitos fatores concorrem para esse resultado. Dentre estes fatores, estão aspectos relacionados à vítima e ao mecanismo do trauma, além de aspectos clínicos, como a gravidade das lesões e sua repercussão fisiológica, bem como o atendimento inicial recebido.²

Nos resgates aéreos existem alguns fatores extremamente importantes a serem considerados³, este, requer uma preparação prévia do paciente, que deverá estar o mais estabilizado possível, pois dentro da aeronave a mobilidade do enfermeiro fica reduzida, devido à limitação do espaço físico interno.³ A equipe deve ser devidamente preparada para o correto manuseio de todo o material necessário durante o voo, inclusive o sistema de comunicação pessoal entre os tripulantes precisa estar perfeito para se realizar um transporte seguro a todos.³

A preparação prévia é imprescindível para a equipe de socorristas³, o enfermeiro de bordo terá sua mobilidade reduzida devido ao espaço físico limitadamente pequeno no interior do transporte, de modo a limitar sua atuação o que faz com que tenha que ser mais preparado para tal, de modo a garantir a viabilidade do transporte aéreo, bem como o estado do paciente mais estabilizado possível dentro da aeronave, justificando assim a necessidade de trabalhos desta natureza, já que deste conjunto de fatores humanos dependem toda a operação.³

No entanto, a pobreza de materiais literários e científicos específicos, referentes a atuação do enfermeiro no resgate aéreo, aponta para a necessidade da revisão de materiais que venham favorecer uma discussão mais abrangente dos pontos que permeiam estes contextos, visto que nesta pesquisa só foram encontrados 8 trabalhos específicos referentes ao tema, e, a preparação prévia é imprescindível para a equipe de socorristas³, justificando assim a necessidade de trabalhos desta natureza, já que deste conjunto de fatores humanos dependem toda a operação.³

OBJETIVO

Analisou-se a atuação do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar aéreo a pacientes politraumatizados segundo a produção científica.

METODOLOGIA

Trate-se de uma revisão narrativa de literatura que busca reunir dados sobre a temática de forma mais aberta, tal revisão não utiliza critérios explícitos

e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca não aplicou estratégias sofisticadas e exaustivas, e, a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores.

Para a realização da foi estabelecida a questão norteadora: Qual a evidência da literatura sobre a atuação do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar aéreo a pacientes politraumatizados?

A coleta de dados ocorreu em Fevereiro de 2016 na biblioteca SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e Medline (Literatura Internacional Ciências da Saúde).

Para a busca, foram utilizados os descritores cadastrados no DECS(Descritores em Ciências da Saúde): Atendimento Pré Hospitalar Aéreo, Enfermagem, Politraumatizados e Urgência e Emergência.

Foram incluídos somente artigos em língua portuguesa ou inglesa, publicados de 2009 a 2015 e disponíveis na íntegra e online. Foram excluídos aqueles sem relação direta com o tema.

Após leitura inicial dos títulos e resumos dos materiais encontrados, foram selecionados aqueles que atenderam os critérios de elegibilidade. Posteriormente, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra, sendo avaliados novamente quantos a esses critérios.

Após a seleção da amostra final, foram extraídas as seguintes variáveis que compuseram o quadro sinóptico dessa revisão: Ano de publicação, Revista de publicação, Objetivo, Resultados e Conclusão. O As variáveis ano de publicação, nível de evidência, revista de publicação, webqualis do periódico foram apresentadas em frequência absoluta (n) e relativa (%) e as demais variáveis receberam análise temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados um total de 18 artigos, sendo 11 na Bdenf e sete na Psico. Destes, seis artigos da Bdenf e três da Psico foram excluídos por não se adequarem ao tema, o que levou a uma amostra final de 9 artigos. Na figura 1, apresenta-se a distribuição das publicações científicas segundo o ano de publicação.

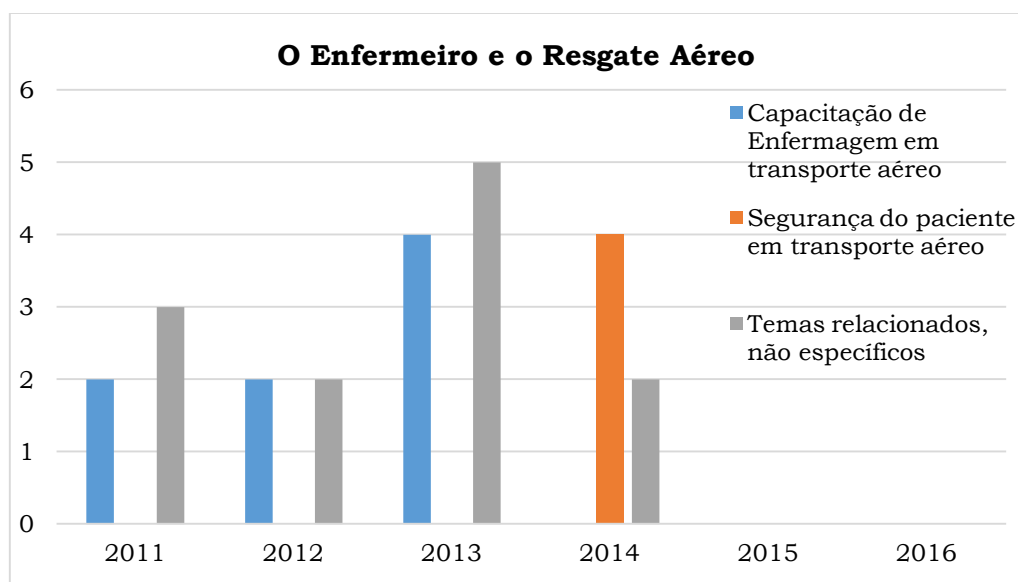


Figura 1- Distribuição das publicações científicas segundo o ano de publicação.

Na figura acima, observa-se aumento da produção científica sobre capacitação para resgate aéreo entre profissionais de enfermagem até o ano de 2013, diminuindo nos anos seguintes. As questões de segurança do paciente em transporte aéreo foram encontradas somente em 2014. É importante salientar que 2015 e 2016 não foram encontrados artigos a respeito da temática. Até 2013, houve aumento da produção que envolveu o transporte aéreo, mas não foi voltada especificamente a essa temática. Em 2014, houve queda no número de publicações, não havendo publicações nos anos seguintes. Na Figura 2, apresenta-se a distribuição das publicações científicas segundo a abordagem metodológica. 2016. Na Figura 2, apresenta-se a distribuição das publicações científicas segundo a abordagem metodológica. 2016.

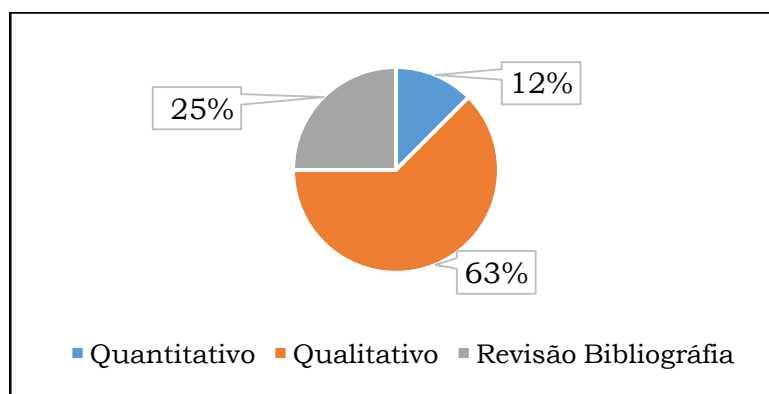


Figura 2- Distribuições das publicações científicas segundo a abordagem metodológica, 2016

Observa-se o predomínio de estudos quantitativos (12%), seguidos pelos estudos de revisão (25%) e de abordagem qualitativa (63%). No quadro 1, apresenta-se o quadro sinóptico dessa revisão, contendo base de dados, objetivo, metodologia, resultados e conclusões dos estudos selecionados. São Paulo. 2016.

Quadro 1- Título, base de dados, objetivo, metodologia, resultados e conclusões dos estudos selecionados nesta revisão. São Paulo. 2016.

Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
COFEN Resolução 375/2011	2011	Identificar ações de enfermagem descritas na literatura que contribuem para a humanização da assistência.	Estudo de natureza bibliográfica	Apontam para a conduta adequada a ser adotada pela equipe.
Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado PHTLS	2011	Diagnosticar o processo de trabalho de enfermagem junto ao paciente com trauma	Exploratório qualitativo	Estas reflexões apontam para a conduta correta a ser adotada pela equipe multiprofissional diante da assistência.
Protocolo de Cuidados de Enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo	2011	Analisar cuidados aos pacientes com trauma no atendimento em Unidade de Remoção aérea.	Estudo de natureza bibliográfica	Apontam para a conduta adequada a ser adotada pela equipe.

Transporte aéreo de pacientes: análise do Conhecimento Científico	2011	Analisar cuidados básicos aos pacientes em transporte de Remoção aérea.	Estudo de natureza bibliográfica	Estas reflexões apontam para a conduta correta a ser adotada pela equipe.
Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão.	2012	Identificar ações de enfermagem descritas na literatura que contribuem para a humanização da assistência.	Estudo de natureza bibliográfica	Apontam para a conduta adequada a ser adotada pela equipe.
Atendimento pré-hospitalar de Enfermagem ao idoso vítima de trauma	2012	Estimular a reflexão dos profissionais e o cuidar do idoso, quanto à necessidade de humanizar a assistência a estes pacientes	Exploratório qualitativo	Estas reflexões apontam para a conduta correta a ser adotada pela equipe multiprofissional diante da assistência.
Compreensão de enfermeiros de bordo sobre o papel na equipe multiprofissional de transporte Aeromédico	2012	Analisar cuidados e atendimento em Unidade de Remoção aérea.	Estudo de natureza bibliográfica	Estas reflexões apontam para a conduta correta a ser adotada pelo enfermeiro diante da assistência.
Produção Científica sobre a enfermagem Brasileira na II guerra mundial: um estudo bibliométrico	2013	Analisar processo histórico evolutivo do atendimento em Unidade de Remoção.	Estudo de natureza bibliográfica	Auxiliam na compreensão da remoção de pacientes de acordo com os avanços tecnológicos.
A Ótica Empreendedor a do Enfermeiro: Capacitação e atuação de profissionais no transporte Aeromédico.	2013	Analisar o papel do enfermeiro no socorro aéreo.	Estudo de natureza bibliográfica	Estas reflexões apontam para uma nova conduta a ser adotada pela equipe multiprofissional diante da assistência.
Aspectos históricos do transporte aeromédico e da medicina aeroespacial- revisão	2013	Analisar processo histórico evolutivo do atendimento em Unidade de Remoção aérea.	Revisão bibliográfica	Auxiliam na compreensão da remoção de pacientes de acordo com os avanços tecnológicos.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar Utilizando a CIPE®	2013	Identificar ações de enfermagem descritas na literatura que contribuem para a humanização da assistência.	Estudo de natureza bibliográfica	Estas reflexões apontam para a conduta adequada a ser adotada pela equipe.
Implantação da Linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de belo horizonte	2013	Compreender ações de enfermagem descritas na literatura em pacientes com quadro de infarto	Estudo de natureza bibliográfica	Estas reflexões apontam para uma nova conduta a ser adotada pela equipe multiprofissional diante da assistência.

O Enfermeiro foi introduzido no transporte Aeromédico durante a Segunda Guerra Mundial sendo chamado de Flight Nurses. Teve sua participação sendo considerada fundamental pela Associação de Emergências de Enfermagem (Emergency Nurses Association) e pela Associação Nacional de Enfermagem de Bordo (National Flight Nurses Association) nos EUA, aonde o

profissional era fundamentalmente capacitado e com vasta experiência para atuar com este tipo de atendimento.⁴

No Brasil, a prática da enfermagem de bordo é regida pela lei nº 7.498/86, que regulamenta o Exercício do Profissional de Enfermagem. Também se encontra nesta categoria profissional bases de cunho legal para atuação nesta área como na Portaria GM 2.048 de 5 de novembro de 2002. Essa determina a capacitação e a temática dos profissionais do transporte Aeromédico, sendo este um recurso eficaz e valioso capaz de trazer benefícios para assistência de pacientes em diversas regiões do país.⁴

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pela Resolução 260/2001, passou a definir a Enfermagem Aeroespacial como especialidade, sendo que o profissional deve ter uma boa condição física, controle emocional, criatividade e habilidades de improviso para o bom desempenho durante os procedimentos de enfermagem no transporte aéreo com asas rotativas (helicóptero). Essa definiu os tipos de ambulância, equipamentos, materiais e medicamentos, composição e formação das equipes, critérios de triagem, obrigações e documentos envolvidos.⁵

A assistência direta pré-hospitalar aérea aos pacientes politraumatizados é feita pelo Enfermeiro, que atende a ocorrência de maneira responsável e ética, devendo assim planejar, organizar e executar o melhor atendimento com os recursos disponíveis.⁶ Nesse sentido, o atendimento, além dos atendimentos de urgências e emergências, também necessitam de protocolos e sistematização atendimento. Para esta atividade, o enfermeiro deve ser capacitado para comunicação com os profissionais envolvidos, ou seja, o piloto, médico e o enfermeiro offshore. Além disso, essa comunicação precisa ser clara, precisa e ágil[...].⁷

As situações dentro de um helicóptero são adversas em relação aos procedimentos realizados dentro de um ambiente hospitalar. Por isso, os procedimentos de enfermagem deverão levar em consideração alguns fatores, como: o espaço reduzido dentro da aeronave, altitudes que variam de 500 a 5.000 pés (1 pé equivale a 0,33cm) em relação ao solo, as condições climáticas e os ruídos constantes. É evidente que esse tipo de remoção, ainda recente em nosso país, requer treinamento específico e constante atualização, visando uma assistência de enfermagem de qualidade.³ O profissional deve se atentar também aos chamados estresses de voo como a vibração, a umidade, os ruídos, a temperatura e a aerodilatação (expansão gasosa nas cavidades corporais devido à queda da pressão atmosférica). Ainda, à medida que a altitude aumenta, estes fatores estarão mais presentes, causando desconforto, tanto no paciente, quanto na equipe.⁴

Mesmo com diferentes tipos de Atendimento Pré Hospitalar, elencar as atribuições do Enfermeiro de Bordo e Emergencista, bem como o devido preparo de cada um pode ser o diferencial entre o sucesso e o fracasso na restauração da saúde do paciente. Sabe-se que o enfermeiro offshore realiza os primeiros socorros e subsidia ações preliminares, visando a garantia da assistência e a segurança do paciente, para que o resgate Aeromédico proceda o transporte de emergência.”. No entanto, verificaram-se poucos materiais na literatura, o que dificulta uma discussão mais abrangente dos contextos que permeiam os resgates aéreos e dos fatores a serem considerados para o bom resultado do socorro.⁸

CONCLUSÃO

No atendimento terrestre às situações de emergência, o pré-atendimento é uma realidade concreta, com cursos de preparação e protocolo de atuação

bem definidos. Já nos casos de atendimento aéreo, talvez em razão do alto custo, não há muitas opções de preparação para os profissionais que desejam atuar nesta modalidade. Além disso, na literatura científica, embora já definidos os parâmetros para o enfermeiro que atua em resgate aéreo, ainda se observa escassez de pesquisas e materiais instrucionais.

Embora definidos parâmetros para o enfermeiro que atua em resgate aéreo definindo o como Enfermeiro Aeroespacial, ainda não se encontram materiais suficientes que tratem da temática. Nesse contexto, sugere-se a condução de novas e detalhadas produções científicas sobre a assistência de enfermagem no resgate aéreo. Assim, será possível uma assistência mais segura e de qualidade, bem como a formação adequada de profissionais para atuarem nessa modalidade de cuidado em saúde.

REFERENCIAS

1. Romani HM, Sperandio JA, Sperandio JL, Diniz MN, Inacio MAM. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. Rev Bioética. 2009; 17(1):41-53.
2. Malvestio MAA, Sousa RMC. Indicadores clínicos e pré-hospitalares de sobrevivência no trauma fechado: uma análise multivariada. Rev Esc Enferm USP. 2009; 44(2): 352-9.
3. Shweitzer G, Nascimento ERP, Moreira AR, Bertoncello KCG. Protocolo de Cuidados de Enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. Rev bras enferm. 2001; 64(6):1056-66.
4. Scuissiato DR, Boffi LV, Rocha RR, Bordin MT, Peres AM. Compreensão de enfermeiros de bordo sobre o papel na equipe multiprofissional de transporte Aeromédico. Rev bras enferm.. 2012; 65(4): 614-20.
5. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 260/2001. Fixa as Especialidades de Enfermagem de competência do Enfermeiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Costa MN, Mello RZR, Oliveira TCM, Parreiras MM, Silva RR, Silva KR. A Ótica Empreendedora do Enfermeiro: Capacitação e atuação de profissionais no transporte Aeromédico. NBC. 2013; 3(5): 39-49.
7. Rocha PK, Prado ML, Radunz V, WOsny AM. 20. Rocha PK, Prado A. Assistência de Enfermagem em Serviço Pré-Hospitalar e Remoção Aéromédica. Rev bras enferm.. 2014; 56(6): 695-8.
8. Santos HGL, Guedes CCP, Aguiar BGC. A segurança do paciente no transporte Aeromédico: uma reflexão para a atuação do enfermeiro. Rev Acred. 2014; 4(7): 21-34.

REALIDADE SEXUAL DE MULHERES PRESIDIÁRIAS

SEXUAL REALITY WOMEN PRISONERS

Bianca Garcia da Silva¹, Daniella Ribeiro Guimarães Mendes²

Como citar:

Silva BG, Mendes DRG. Realidade sexual de mulheres presidiárias. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 178-85.

RESUMO

O presente trabalho buscou apontar a realidade sexual de mulheres presidiárias, buscando conhecimento e informação sobre seus direitos, abrangendo aquelas que são esquecidas pelo Estado, enfrentando preconceitos, um Sistema insalubre e insuficiente exemplificado pela consolidação de uma Política Pública específica para o Sistema prisional. Tendo como um dos objetivos reconhecer as dificuldades e carências enfrentadas por presidiárias e o abandono de seus parceiros, no espaço de confinamento, como expressão do desejo dessas mulheres impossibilitando de uma escolha de objeto normativo, levando-as a homoafetividade.. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão bibliográfica realizada com a análise de 10 artigos publicados nas bases de dados, SCIELO, BVS e LILACS. A contribuição que este levantamento bibliográfico mostrou que a busca pela promoção e prevenção de doenças e desafiadora que colocam a coletividade em situação de iniquidade e vulnerabilidade.

Descritores: Sistema prisional; Saúde da mulher: Sexualidade; Saúde sexual.

ABSTRACT

This study aims aim sexual reality of female prisoners, giving him knowledge and information about their rights, including those who are forgotten by the state, facing prejudice, an unhealthy and insufficient system exemplified by the consolidation of a public policy specific to the prison system . having as one of the objectives recognize the difficulties and shortcomings faced by prisoners and the abandonment of its partners in the confinement space, as the expression of desire of these women making impossible a choice of normative object, leading them to homoafetividade. The purpose of this article is to gather enlightening information in a succinct and dynamically on the reality faced by women in prisons. And existing preventive measures in these cases. The research will be conducted through a literature review with analysis of 10 articles published in databases, SCIELO, VHL and LILACS. The contribution to this literature will bring professionals Nursing information about the reality faced by women in prisons.

Descriptors: Prison system; Women's health: Sexuality; Sexual health.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem.
Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires.

² Médica Veterinária. Mestre em
Patologia Molecular. Faculdade de
Ciências e Educação Sena Aires.
daniela@senaaires.com.br

Recebido em: 25/07/2016
Aceito em: 21/09/2016

INTRODUÇÃO

Existem poucas pesquisas publicadas relacionadas ao perfil sexual dessas mulheres, seus problemas de saúde e formas de prevenção nas prisões brasileiras, mais especificamente sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis /Vírus da Imunodeficiência Humana (DST/HIV).

O ambiente prisional oferece maiores riscos, aos indivíduos confinados proporciona maior exposição aos riscos físicos e à transmissão de doenças infecciosas¹. Aliadas a esses fatores, pois as mulheres encontram-se suscetíveis às DST/ HIV, estudos aponta maior vulnerabilidade por parte das presidiárias quando comparadas a homens presos.¹

Essa realidade sexual de mulheres presidiárias torna ainda mais desafiadora a busca pela promoção e prevenção da saúde da população privada de liberdade, transformando os fatores que colocam a coletividade em situação de iniquidade e vulnerabilidade.¹

É indispensável maior atenção à promoção da saúde da mulher presidiária, não só pelos maiores riscos presentes no ambiente prisional, mas também pela carência de ações preventivas oferecidas pelo sistema de saúde carcerário. O enfermeiro tem um papel fundamental no setor carcerário em disseminar sua atuação às populações vulneráveis e estigmatizadas, neste caso como membro atuante na consolidação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP).²

A população encarcerada, por estar confinada é mais acessível, sendo assim deveria representar uma parcela de maior interesse para os profissionais de saúde, particularmente, o enfermeiro, no direcionamento de ações programáticas de prevenção, e estratégias educativas que venham para contribuir na abordagem das DST/HIV e das questões sexuais.³ O interesse por esta temática é abordar a realidade sexual de mulheres presidiárias, buscando a promoção e a prevenção da saúde da população privada de liberdade.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.⁴

O acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre ações e serviços de saúde.

As ações e os serviços de saúde definidos pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS. Os instrumentos de gestão do Sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisão de gestores de saúde estão presentes nesse Plano, a exemplo do cadastramento de Unidades dos Estabelecimentos Prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.¹

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Assim, o acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente garantido pela Constituição Federal de 1988; pela Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal; pela Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS. Segundo o art. 38 do Código Penal, o preso conserva os direitos não atingidos pela perda de liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral.⁶

A sociedade brasileira é marcada por iniquidades sociais, as quais se

tornam muito claras quando o assunto é saúde, especialmente no sistema prisional, dentro da lógica dos negligenciados (aqueles que são esquecidos pelo Estado), a partir da saúde no sistema prisional, pode se dizer que um dos expoentes mais fortes de negligência diz respeito aos encarcerados: muitos deles não são sequer contabilizados no tocante ao investimento em saúde. E mais: os estabelecimentos prisionais são demasiadamente, insalubres, e os serviços de saúde são infinitamente insuficientes e carentes; a prova disso é a consolidação de uma política pública específica para o Sistema Prisional.⁵

A metodologia de assistência permite ao profissional a aplicação dos conhecimentos científicos e o desenvolvimento na assistência à mulher, traçando planos de atendimentos para a mesma utilizando as práticas no sistema de assistência.⁶

A prática na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerando as particularidades do local de convívio das mulheres, são desenvolvidos planos de atendimento e abordagem voltada para as mulheres confinadas. Participam das consultas de enfermagem todas as mulheres privadas de liberdade que precisaram fazer o exame de Papanicolau (rastreamento do câncer do ciclo gravídico (pré-natal) e as que aguardavam os resultados de exames (aconselhamento e orientações), iniciaram ou estavam dando continuidade ao tratamento de DST (abordagem sintomática) e foram submetidas a exames (hemograma, VDRL, glicose em jejum, toxoplasmose, parasitológico e sumário de urina).⁷

O campo de conhecimento sobre a presença da mulher no sistema prisional começou a ser desbravado na realidade brasileira. Acredita-se que o desafio poderia encaminhar-se para o desenvolvimento de propostas e estratégias envolvendo essa mulher encarcerada, profissionais de várias áreas e administradores, na tentativa de minimizar ou reduzir os impactos potencialmente perversos do encarceramento feminino na saúde da mulher detenta e na dignidade humana.⁸

O objetivo principal desse estudo é mostrar a realidade sexual de mulheres presidiárias, que se encontram vulneráveis, esquecidas pelo Estado e sociedade, a qual os vê de forma preconceituosa, pela situação em que se encontram. E a importância do enfermeiro no sistema prisional, levar a promoção de saúde e a prevenção de doenças para dentro dos presídios. Investigar o psicossocial voltado ao abandono de seus parceiros, que as levam a desencadear a homossexualidade.

MÉTODO

O levantamento bibliográfico foi realizado através de sites de busca eletrônicos como o Google Acadêmico, SCIELO, BVS e LILACS.

A coleta dos artigos científicos ocorreu nos períodos de setembro e outubro de 2015. Para composição do levantamento bibliográfico, foram levados em conta os artigos disponíveis na rede e que dar ênfase aos descritores, sistema prisional, saúde da mulher, sexualidade e saúde sexual, todos estes em concordância com o tema.

Os critérios seguidos por esta pesquisa seguiram os seguintes parâmetros, os artigos que tratam sobre a realidade sexual de mulheres presidiárias, a vulnerabilidade dessas mulheres e o papel da equipe de Enfermagem no auxílio dessas mulheres bem como os programas que atendem essas mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao identificar a questão norteadora do presente estudo definida como Qual é a contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta no Brasil? Com a utilização das mais variadas estratégias de buscas, direcionou-se para 30 artigos nas quatro bases de dados selecionadas sendo que desses 30 artigos foram selecionados os 10 artigos que melhor condiziam com o objetivo desta pesquisa de forma a enriquecer o arcabouço teórico e ilustra a situação sexual das detentas no sistema prisional brasileiro. Segue abaixo um quadro onde estão relacionados os principais artigos selecionados para a reflexão do tema aqui proposto citando o título da obra o ano de publicação e o objetivo proposto por esses estudos.

Após levantamento dos estudos indexados nas bases de dados, para evitar repetições, buscou-se uma base de dados por vez. Ao cadastrar, foram excluídas as citações repetidas. Foram realizadas verificações periódicas para garantir a ausência de repetições. Por fim, os resultados que alcançaram os critérios de inclusão, anteriormente definidos, foram adicionados na amostra bibliográfica. Então, para aprofundar as buscas, foram realizadas novas buscas, utilizando-se os descritores presentes em cada artigo selecionado, e que não tinham sido utilizados nas buscas iniciais.

Quadro 1. Quadro informativo dos artigos estudados para análise de tema proposto. 2016.

Nº	Título da obra	Ano de publicação	Objetivo proposto
01	A mulher enquanto metáfora do Direito Penal	2000	abordar a problemática da mulher em relação ao poder sancionador do Estado, denunciando a omissão de gênero no sistema, bem como, daqueles que dele não participaram, de forma pública e direta, da elaboração do discurso jurídico-penal e, por consequência, das suas instâncias de operacionalidade.
02	Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil	2007	o presente relatório pretende alcançar destacamos a apresentação para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da situação nacional das mulheres encarceradas no Brasil, que inclui contribuição de sugestões para a Declaração de Princípios sobre a Proteção das Pessoas Privadas de Liberdade a partir das violações encontradas.
03	Decretonº7.626,De24DeNovembroDe2011:Institui Plano Estratégico de Educação no âmbito do Sistema Prisional	2011	Norma oficial
04	Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias	2012	Investigar o perfil socioeconômico e sexual de presidiárias.
15	A mulher junto às criminologias: de degenerada à vítima, sempre sob controle sócio penal	2012	explanção das punições e normatizações do direito ocidental, mas sim, de alguns dos discursos que possibilitaram a emergência destas rotulações de degeneradas e vítimas – papéis frequentemente ocupados pelas mulheres junto ao direito penal – bem como da figura da mulher emancipada que progressivamente ganha espaço nas discussões criminológicas.

06	Sistema penitenciário e reincidência criminal	2012	elencar algumas alternativas possíveis e pontuais com o intuito de melhorar o complexo sistema penitenciário nacional.
07	Domesticando sexualidades e afetos: desejos e prazeres femininos e os discursos sobre relação familiar, conjugal e estável imputados às mulheres em situação de cárcere.	2013	situar mais pontualmente o debate sobre o que aqui estamos denominando por discursos reguladores, limitantes ou mesmo excludentes das sexualidades, desejos e prazeres sexuais das mulheres presidiárias e como esses discursos têm construído o gênero, o sexo e seus comportamentos e práticas.
08	Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma Capital nordestina	2013	investigar a prevalência de sífilis e fatores associados em internas na penitenciária feminina de Teresina, Piauí, Brasil.
09	Doenças sexualmente transmissíveis: sentimentos das presidiárias	2015	conhecer os sentimentos vivenciados por presidiárias frente ao diagnóstico positivo de uma doença sexualmente transmissível (DST), além de salientar os riscos que caracterizam este grupo como susceptíveis a estas infecções.
10	Saúde sexual e reprodutiva no contexto da prisão: vivências de presidiárias de Salvador-BA	2015	Compreender a vivência de gestantes e puérperas presidiárias quanto à saúde sexual e reprodutiva no contexto da prisão; traçar o perfil sexual e reprodutivo e identificar as ações e cuidados de enfermagem relacionados.

Durante muito tempo, o estudo da mulher criminoso não foi explicado, pois par-tia-se do princípio de que os dados relacionados à criminalidade feminina se associavam aos dados da criminalidade masculina e, dessa forma, não recebiam um tratamento distinto dos homens que cometiam crimes.¹

Para reflexões e discussões sobre a realidade da mulher detenta no Brasil, há necessidade de um entendimento a respeito das estruturas hierárquicas dos órgãos públicos e seguimentos que estão envolvidos na aplicabilidade da legislação e no gerenciamento público das unidades prisionais femininas brasileiras. Para maior visibilidade do encarceramento feminino, essa realidade torna-se um complicador, na medida em que, os trâmites exigidos pelo próprio sistema acabam por dificultar a dedicação de pesquisadores à essa temática que é silenciada e não pautada de forma efetiva na agenda pública brasileira.⁹⁻¹⁰

A visita íntima não está devidamente regulamentada no ordenamento jurídico brasileiro, o que causa discrepâncias no tratamento dos presidiários pelo país, ainda mais quando analisado sob o prisma de gênero.

A legislação de execução penal outorga poderes muito amplos aos funcionários penitenciários e tem um conceito vago de disciplina, “a autoridade dos guardas é sempre mantida, independente da veracidade de suas denúncias”.⁹

Os funcionários e diretores prisionais têm o “poder da caneta”, que insere-se no cotidiano prisional e deixa marcas profundas nos comportamentos dos reclusos. Com esse poder é instalada uma baseada na ordem conseguida pelo medo.¹⁰ A prisão é, por si só, criadora de condições de dominação, na qual os que têm poder têm também tendência a abusar dele, em menor ou maior intensidade.¹¹⁻¹²

Subordinar a visita íntima à disciplina dos detentos é dar aos diretores e funcionários o poder sobre as vidas afetivas dos internos, estimulando ou restringindo suas possibilidades de reintegração social e contatos com o mundo exterior. Tais restrições devem ser consideradas inconstitucionais, mesmo quando oriundas do poder legislativo, ao editar normas infraconstitucionais⁴

(art. 41, X, LEP), uma vez que a Constituição Federal garante, em seu art. 5º, inciso X, a inviolabilidade da intimidade e da vida privada, além dos princípios da dignidade humana (art. 1º.) e da isonomia (art. 5º.), sem qualquer discriminação em decorrência do sexo.¹¹

No entanto, o abuso de poder é facilmente percebido com a obstaculização da visita íntima nas penitenciárias femininas, sob o pálio de um protecionismo discriminatório notadamente machista. Um percentual significativo de encarceradas afirma não receber a visita íntima por ser muito difícil de conseguir.¹³ Grande parte dos estabelecimentos prisionais brasileiros nem sequer permite a visita íntima para as mulheres.

Considera-se que (...) a tendência moderna é considerá-la [a visita íntima] como um direito, ainda que limitado do preso. É um direito limitado por não ser expresso na lei como direito absoluto e sofrer uma série de restrições tanto com relação às pessoas, como às condições que devem ser impostas por motivos morais, de segurança e de boa ordem do estabelecimento.¹²

No entanto, tantas restrições impostas à visita íntima, principalmente no tocante às mulheres presas, além da possibilidade de suspensão ou restrição desta por mera vontade do diretor do presídio, não é admitida pelo Direito Constitucional brasileiro, nem mesmo se limitada a restrição à mulher encarcerada, posto que decorrente de uma visão machista e sexista.¹²

O respeito aos direitos dos presos decorre da própria dignidade humana e de diversos dispositivos da legislação infraconstitucional, valendo destacar que as visitas constituem-se em um direito dos encarcerados, homens ou mulheres, inclusive a visita íntima²¹, pois, nos termos do artigo 41, inciso X, da Lei de Execução Penal brasileira, "...não foi um direito atingido pela sentença, embora possa ser limitado (artigo 41, parágrafo único, LEP)".¹¹

Entretanto, segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional, apenas 9,68% das presas recebem visita íntima, realidade que difere drasticamente do que acontece nos estabelecimentos penais masculinos.¹¹

Alguns tentam justificar essa disparidade afirmando que as mulheres encarceradas não têm companheiros, e que muitas delas, mesmo tendo parceiros, preferem não receber a visita íntima. Esta afirmação apenas ressoa o discurso de tantos séculos, de que a mulher não tem desejos sexuais, na sociedade patriarcal e machista, colimando o controle e a dominação pelo homem.¹¹

A porcentagem de mulheres que recebem a visita íntima é baixa porque o sistema penitenciário é carregado de objetivos moralizantes em relação a elas, buscando incutir um sentimento de pudor e passividade. Elas são mais submissas aos regimentos prisionais e temem ser taxadas como promíscuas.¹¹

O CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária adotou medida relevantíssima ao estabelecer a visita íntima como um direito constitucional, que não pode ser suspenso a título de sanção disciplinar, exceto em casos relacionados a seu exercício. Somente dessa maneira, concomitantemente a medidas que facilitem o acesso das mulheres encarceradas à visita íntima, poder-se-á efetivamente considerá-la como um direito, na prática. No entanto, tal qual é hoje permitida, mostra-se claramente como mera regalia, a despeito do princípio da dignidade humana e da isonomia, além da previsão infraconstitucional do artigo 41, da Lei de Execução Penal¹¹. Esta situação deve ser alterada, principalmente diante da permissão facilitada aos homens, em verdadeira violação da equidade, na execução penal, baseada na discriminação de orientação machista.¹¹

As ações e os serviços de atenção básica em saúde são organizados nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde é pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e

aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).¹³

Toda presa pode receber visita, nos termos da LEP (LEI DE EXECUÇÃO PENAL, art. 41, inciso X) constituem direito do preso: visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados. A LEP não faz qualquer restrição em relação às pessoas que podem visitar presas. As visitas devem ser cadastradas. A administração do estabelecimento prisional deve dar essa informação para quem quiser se cadastrar e a presa deve declarar que concorda em receber a visita dessa pessoa. As visitas devem ser revistadas em lugar reservado, com respeito e sempre por pessoas do mesmo sexo. Devem saber o nome da pessoa que faz a revista, qualquer ato que exponha a visita a constrangimento ou desrespeito deve ser comunicado à Defensoria Pública.¹¹

As mulheres têm direito à visita íntima ao menos uma vez por mês, pois a privação de liberdade não pode ter como consequência a restrição da sexualidade (artigo 41, inciso X, da LEP e Resolução nº1/ 1999 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP).¹¹

A administração do estabelecimento prisional deve preparar local reservado para a realização de visita íntima com privacidade e também fornecer preservativos e orientações sobre como devem ser utilizados para evitar a gravidez indesejada e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST's). É preciso apresentar certidão de casamento ou de união estável para receber visita íntima? Não. Para que a mulher receba sua visita íntima, basta que o (a) visitante declare por escrito ser seu (sua) parceiro (a).¹¹

No contexto da presente discussão, a relação estabelecida entre mulheres na prisão seria exclusivamente justificada pela impossibilidade imposta de relacionamento com o sexo oposto, deixando supor que esta última seria a escolha privilegiada das mulheres no contexto extramuros. Embora possamos compreender o relacionamento homoafetivo dentro do espaço do confinamento como expressão do desejo dessas mulheres, o discurso de grande parte das entrevistadas corrobora a imagem do envolvimento circunstancial, motivado exclusivamente pela impossibilidade de uma escolha de objeto normativa.¹¹

Considerada como uma ruptura, portanto, a homossexualidade na prisão seria decorrente da privação de contatos heterossexuais e do abandono comumente experimentado pelos internos. No caso das mulheres, a literatura atesta o fato de que tal abandono é experimentado com maior intensidade. Enquanto as mulheres de presos mantêm com maior frequência uma rotina de cuidados e de manutenção de seus parceiros na prisão, os homens, em geral, abandonam as suas parceiras quando estas são presas.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa temática foi mostrar a realidade sexual de mulheres presidiárias, onde as mesmas são esquecidas pelo estado, mesmo com a perda de liberdade tem os seus direitos garantidos, direito à assistência, promoção e prevenção de doenças, após a análise conclui-se que a carência de ações preventivas oferecidas pelo sistema prisional, ainda e desafiadora que acabam colocando a coletividade em situação de iniquidade e vulnerabilidade.

No contexto da presente discussão, a relação estabelecida entre mulheres na prisão seria exclusivamente justificada pela impossibilidade imposta de relacionamento com o sexo oposto, deixando supor que esta última seria a escolha privilegiada das mulheres no contexto extramuros. Embora possamos compreender o relacionamento homoafetivo dentro do espaço do confinamento como expressão do desejo dessas mulheres, o discurso de grande

parte das entrevistadas corrobora a imagem do envolvimento circunstancial, motivado exclusivamente pela impossibilidade de uma escolha de objeto normativa .

Considerada como uma ruptura, portanto, a homossexualidade na prisão seria decorrente da privação de contatos heterossexuais e do abandono comumente experimentado pelos internos. No caso das mulheres, a literatura atesta o fato de que tal abandono é experimentado com maior intensidade. Enquanto as mulheres de presos mantêm com maior frequência uma rotina de cuidados e de manutenção de seus parceiros na prisão, os homens, em geral, abandonam as suas parceiras quando estas são presas, partir da manutenção de relações significativas com outros. Sob essa perspectiva, as relações amorosas e sexuais com outras mulheres ocupariam para as internas a função de complementaridade usualmente buscada no outro para a constituição da identidade feminina

REFERENCIAS

1. Kim JE. Criminalidade feminina: uma análise empírica a partir dos dados do presídio feminino de Brasília. *Economia e Desenvolvimento. Recife(PE)*;2009; 8(1).
2. Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Penitenciário no Brasil: Dados Consolidados. Brasília: Ministério da Justiça; 2015.
3. Salmasso RC. Criminalidade e a condição feminina: Estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília-SP. *Rev Inic Científica da FFC*. 2004; v.4(3):16-31.
4. Corrêa PC. A questão de gênero no Código Penal. IN: BORGES. O princípio da igualdade na perspectiva penal: Temas atuais. São Paulo: Unesp; 2007. p. 193-210.
5. Moraes A, Smanio GP. Legislação Penal Especial. 5ª ed. São Paulo: Atlas/ 2002.
6. Martins S. A mulher junto às criminologias: De degenerada à vítima, sempre sob controle sociopenal. *Fractal, Rev. Psicol*. 2009; v. 21(1): 111-23.
7. Mirabete JF. Execução penal: comentários à Lei n. 7.210/84. 11ª ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas; 2004.
8. Stella C. Filhos de mulheres presas: o papel materno na socialização dos indivíduos. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: <<http://www.lumiarprojetos.com.br /Texto.aspx ?id=58>>. Acesso em: 24 abr 2016.
9. Fragoso H C, Catão Y, Sussekind E. Direitos dos presos. Rio de Janeiro: Forense; 1980.
10. Espinoza O. A mulher encarcerada em face do poder punitivo. São Paulo: IBCCrim; 2004.
11. VadeMecum. Lei nº 7.210, de 11 de Julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. 9º ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
12. Mirabete JF. Execução penal: comentários à Lei n. 7.210/84. 11ª ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf>. Acesso em: 5 ago 2015.