



Anais da V Jornada de Enfermagem

*“O poder do cuidado:
A saúde em diferentes contextos”*

Foz do Iguaçu, 25 a 27 de agosto de 2010

Realização:



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Campus de Foz do Iguaçu
Curso de Enfermagem

Apoio:



Seti
Secretaria de Estado da Ciência,
Tecnologia e Ensino Superior





FICHA CATALOGRÁFICA

J82 Jornada de Enfermagem (5. : 2010 : Foz do Iguaçu, PR)
O poder do cuidado: a saúde em diferentes contextos: anais da
V Jornada de Enfermagem [CD-ROM] / Cynthia Borges de Moura
(coord.). – Foz do Iguaçu : Unioeste, 2010.
1 CD-ROM

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem - Eventos. 2. Foz do Iguaçu - Saúde pública. 3.
Educação em saúde. I. Moura, Cynthia Borges de. II. Título.

CDU 616-083(061.3)
614(816.2Foz do Iguaçu)



Coordenação

Profa. Dra. Cynthia Borges de Moura

Comissão Organizadora

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei

Profa. Esp. Rosane Meire Munhak da Silva

Prof. Ms. Marcos Augusto Arcoverde

Prof. Ms. Helder Ferreira

Profa. Esp. Lílian Lessa Cardoso

Profa. Andrea Ouchi Esposito

Comissão Científica

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei

Profa. Dra. Marieta Fernandes Santos

Profa. Dra. Cynthia Borges de Moura

Prof. Ms. Marcos Augusto Arcoverde

Colegiado do Curso de Enfermagem

Adriana Zilly

Andrea Ouchi Esposito

Cynthia Borges de Moura

Eliane Pinto de Góes

Elis Palma Priotto

Helder Ferreira

Jossiana Wilke Faller

Lilian Lessa Cardoso

Luciano de Andrade

Marcos Augusto Arcoverde

Maria de Lourdes de Almeida

Marieta Fernandes Santos

Mustafa Hassan Issa

Oscar Kenji Nihei

Reinaldo Antonio Sobrinho

Rosane Meire Munhak da Silva

Vanessa Batista Andrade

Wu Feng Chung



PROGRAMAÇÃO

25/08/2010 – QUARTA-FEIRA

8:00 às 12:00h - Mini-cursos pré-evento

Curso 1: Interpretação de exames laboratoriais – Sala F1
Prof. Ms. Mustafa Hassan Issa (UNIOESTE – Foz do Iguaçu)

Curso 2: A Saúde do Homem – Sala A3
Prof. Ms. Marcos Arcoverde (UNIOESTE – Foz do Iguaçu)

14:00 às 18:00h – Mini-cursos pré-evento

Curso 3: Reanimação Cardiopulmonar 1: Pediátrico e Adulto – Sala F1
Prof. Ms. Luciano de Andrade (UNIOESTE – Foz do Iguaçu)

Curso 4: Reanimação Cardiopulmonar 2: Neonatal e Gestante – Sala A3
Profa. Esp. Rosane Munhak da Silva (UNIOESTE – Foz do Iguaçu)

19:00h - Cerimônia de abertura do evento – Mini-Auditório

Palestra: “O poder do Cuidado”.

PALESTRANTE: Profa. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

26/08/2010 – QUINTA-FEIRA

8:00 às 12:00h - Mini-cursos

Curso 5: Avaliação de desenvolvimento infantil pelo Inventário Portage - Sala F1
Profa. Dra. Renata Grossi (UEL)

Curso 6: Questões éticas de pesquisa com seres humanos – Sala A3
Prof. Ms. Marcos Arcoverde (UNIOESTE – Foz do Iguaçu).

14:00 às 18:00h - Mesa redonda: Humanização na Atenção e Gestão do Cuidado - Mini-Auditório

Programa Nacional de Humanização – Ministério da Saúde

Enf. Olga Vania Matoso de Oliveira (Coord. do Banco de Projetos - PNH/SAS/MS)

Acolhimento com Classificação de Risco: Experiência do Hospital Universitário da UEM – Enf. Ms. Marinaldo José dos Santos (UEM)

Acolhimento com Classificação de Risco: Experiência do Hospital Ministro Costa Cavalcanti – Foz do Iguaçu. Enf. Cassiano Ricardo Franco (HMCC)

19:00h – Exposição de Trabalhos (Pôster)

Salão de Eventos do Prédio Administrativo da UNIOESTE – Foz do Iguaçu.



27/08/2010 – SEXTA-FEIRA

8:00 às 12:00h - Mini-cursos

Curso 7: Sondas e Drenos – Sala A3

Prof. Esp. Marcos Roberto Bellato (CESUMAR-Maringá).

Curso 8: Administração de Medicamentos Parenterais – SALA F1

Profa. Dra. Denise Costa Dias (UNIOESTE – Cascavel).

14:00 às 15:40h – Palestra - Mini-Auditório

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

PALESTRANTE: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves - Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico Universidade Federal Fluminense - Presidente da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras/ Nacional (ABENFO) Gestão 2009-2011.

16:00 às 18:00h – Palestra - Mini-Auditório

Indicadores assistenciais nos serviços de enfermagem

PALESTRANTE: Profa. Maria de Lourdes (UNIOESTE – Foz do Iguaçu).

19:00 h - Cerimônia de Encerramento – Mini-Auditório

Palestra - O serviço de epidemiologia no município de Foz do Iguaçu

PALESTRANTE: Enf. Ms. Mara Cristina Ripoli (Secretaria Municipal de Saúde)



SAÚDE DO HOMEM

Marcos Augusto Moraes Arcoverde

Enfermeiro, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Foz do Iguaçu. Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva em Enfermagem.

Palavras-chave: Saúde do homem, políticas de saúde, promoção de saúde, prevenção.

INTRODUÇÃO

Em 2008, o Ministério da Saúde, pela Secretaria de Atenção à Saúde, lança para todo o país a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ao analisar o documento e o contexto no qual se encontra a saúde da população percebemos o quanto falta para avançarmos e de fato falarmos em saúde para os homens.

Esse fato deve-se primeiramente, devido a nossa cultura, a qual rege a conduta dos homens, dos profissionais da saúde, dos gestores, e por que não dizer, dos formadores de recursos humanos da área da saúde.

Outra razão para pensarmos dever-se ao fato de que a política para a saúde do homem ainda não se transformou em programas de saúde específicos para a sua saúde de fato. O objetivo deste curso é discutir:

- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- O modelo de atenção à saúde é prestado ao homem no contexto da saúde brasileira atualmente;
- E como os profissionais da saúde podem contribuir para que possamos melhora-lo e obter de fato saúde integral para a população masculina.

DESENVOLVIMENTO

Embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem traduz um anseio da sociedade em perceber os indicadores de agravos à saúde do homem como um problema de saúde pública, ainda não é possível ver essa política transformada em estratégias, ou seja, em ações.

Um de seus principais objetivos é “promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos”, e com a finalidade ainda de aumentar a expectativa de vida masculina e a reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008, p. 3).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, utilizando-se dos princípios do Sistema Único de Saúde para sua efetivação.

Um dos avanços apontado pelo documento é o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008). Essa questão levamos a uma reflexão, pois sendo esse um princípio básico do SUS, o mesmo não se concretizou na saúde do homem, tendo como desculpa a ausência dos homens nos serviços de saúde básica. Essa



reflexão de trazer a tona, que independente da cultura masculina, os profissionais devem encontrar estratégias para aproximar esse homem de seu direito de ter os serviços de saúde atendendo a sua necessidade.

Há vários estudos que apontam para a necessidade de se refletir sobre a masculinidade buscando uma compreensão dos comprometimentos da saúde do homem (GOMES, 2003; SCHRAIBER, GOMES, COUTO 2005).

A proposta é mudar a cultura de que homem não procura os serviços médicos e não se cuida. Se por um lado essa cultura é do homem, por outro ela é reforçada pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral.

Cabe ressaltar que não devemos propor uma política de culpabilização, entretanto, faz-se necessário entender o contexto social e político no qual esse fenômeno se constrói. Quando falamos em saúde do homem, o que aparece em primeiríssima instância é o aspecto cultural, quer por parte dos homens, quer por parte dos serviços de saúde, ou melhor, dos profissionais de saúde.

Em nossa cultura, a masculinidade está associada ao conceito de invulnerabilidade, o que deixa o homem vulnerável a situações de risco e de agravo, enquanto que a doença está associada ao conceito de vulnerabilidade e fraqueza, totalmente contrário ao conceito de masculinidade. Seria como se em nossa cultura não concebêssemos um homem doente. Podemos imaginar o paradoxo no quadro a seguir:

HOMEM	DOENÇA
<ul style="list-style-type: none">• Viril• Forte• Protetor• Destemido• Não tem medo de riscos• Não foge do perigo• INVULNERABILIDADE	<ul style="list-style-type: none">• Fragilidade• Incapacidade• Limites• Perda• ...• VULNERABILIDADE

Na sequência, o documento apresenta dados de estudos que mostram qual o perfil da morbimortalidade dos homens no cenário brasileiro, quando foi constatado que, aproximadamente, 75% das enfermidades e agravos da população adulta de homens estão concentradas em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: a cardiologia, a urologia, a saúde mental, a gastroenterologia e a pneumologia (BRASIL, 2008).

Outro tema a ser considerado importante para a saúde do homem diz respeito à violência, que pode ser compreendida como um fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psico-biológicos.

O homem é ator social da violência. Ele é mais vulnerável à ela, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (Souza, 2005).

A socialização masculina é em grande parte responsável pela tendência do homem ao envolvimento em episódios agressivos e de violência, sendo a masculinidade associada à agressividade, bem como à invulnerabilidade.

“A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da



consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação” (BRASIL, 2008, p. 13).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O documento base da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não aponta estratégias, mas representa um novo olhar da política de atenção básica a saúde. Em seu termino, fica em aberto quais seriam essas ações a serem adotadas, no entanto, restaram algumas “pistas” a partir dos indicadores de morbimortalidade apresentados.

Como profissionais de saúde, precisamos questionar as nossas práticas no que diz respeito a resolutividades dos problemas da comunidade masculina. Assim, as nossas ações devem ser pensadas e repensadas, a fim de que, de fato, possamos contribuir para a melhoria da saúde da população masculina (ARCOVERDE, 2005).

Ainda como profissionais da saúde, precisamos entender e atuar na cultura masculina com a finalidade de promover saúde a essa população, com o objetivo de romper com o ciclo de qualquer doença ou agravo representativo ao gênero.

As estratégias a serem desenvolvidas, necessariamente, não precisam criar programas novos exclusivamente para os homens, todavia, precisamos pensar de que forma estaremos incluindo o homem na pauta da prevenção, promoção e assistência dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARCOVERDE, M. A. A. A assistência prestada ao “ser” masculino portador de HPV: contribuições de enfermagem. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 2, p. 133-37, 2005.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 8, p. 825-9, 2003.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens na pauta da saúde coletiva. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, p. 7-17, 2005
- SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 59-70, 2005.



REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM GESTANTE E NEONATO

Rosane Meire Munhak da Silva

Enfermeira, Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Foz do Iguaçu-PR.

Palavras chave: Reanimação Cardiopulmonar; Gestante; Neonato.

INTRODUÇÃO

A parada cardiopulmonar é considerada o evento final em muitas doenças ou complicações que colocam em risco a vida de uma gestante e de um recém-nascido. Para tanto, muitos profissionais buscam o aperfeiçoamento e atualização para suprir dúvidas e necessidades para esta etapa significativa da vida do ser humano.

Cabe lembrar que buscar por conhecimento teórico-prático é fundamental e obrigatório para o profissional de saúde. Ressalta-se ainda que um único profissional nada poderá fazer para salvar a vida de uma pessoa se este não constituir uma equipe de trabalho treinada e capacitada para o atendimento a este evento.

A partir dessas premissas, propomos o curso de atualização sobre reanimação cardiopulmonar da mulher no estado gravídico e do recém-nascido. Pois durante a fase da gestação, a fisiologia materna poderá influenciar diretamente nos esforços de reanimação e no delineamento de ações e condutas, bem como nos efeitos diretos ao feto, que estão relacionados e condicionados ao bem-estar materno.

OBJETIVOS

- Descrever os aspectos fisiológicos da gestação que auxiliam no sucesso da reanimação materna.
- Descrever como realizar uma avaliação rápida no recém-nascido.
- Descrever a assistência e ações a serem tomadas na presença de mecônio.
- Demonstrar de forma prática as técnicas de reanimação materna e neonatal utilizando-se os fluxogramas sugeridos pelo Suporte Avançado de Vida em Obstetria do Brasil (ALSO Brasil).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Reanimação materna

No Brasil percebemos que o número de mortes maternas tem se reduzido de forma significativa, este fato se deve à ampla acessibilidade ao pré-natal e ao acompanhamento do parto por profissionais capacitados. No entanto, a mortalidade materna continua a representar um desafio à saúde pública em todo o mundo, pois muitas mortes resultam de causas potencialmente curáveis e preveníveis (BRASIL, 2002).



O principal objetivo do atendimento de mulheres grávidas em situações de parada cardiopulmonar é não perder de vista a meta de manter a mãe e o neonato vivos e neurologicamente intactos. Para evitar a morte materna é fundamental o pronto e adequado atendimento das emergências obstétricas, ou seja, é primordial o conhecimento prévio da fisiologia da gestação, que influenciará diretamente a avaliação e os esforços de reanimação (BRASIL, 2002; ALSO, 2000). Vale ressaltar que, os resultados para o bebê estarão diretamente relacionados ao bem estar materno.

A gravidez é considerada um evento que leva ao alto fluxo sanguíneo e baixa resistência vascular. O fluxo sanguíneo uterino será continuamente determinado pela pressão de perfusão e poderá diminuir com a queda da pressão arterial (PA) materna (ALSO, 2000).

O útero não gravídico recebe em torno de 2% do débito cardíaco materno, mas em estado gravídico recebe entre 20 a 30% do débito cardíaco. Isto significa que a compressão da artéria aorta e da veia cava pelo conteúdo uterino, levará a um desvio de 30% do débito cardíaco para os membros inferiores. A simples técnica de deslocamento do útero para a esquerda aumenta-se o débito cardíaco em 25% (ALSO, 2000).

Quanto à respiração, a gestante tem um aumento do consumo de oxigênio em 20%, conduzindo a uma rápida diminuição da pressão parcial de oxigênio (PaO_2) em situações de hipóxia. A frequência respiratória também estará aumentada devido aos efeitos da progesterona, diminuindo em contrapartida, a capacidade de tamponamento. Sua capacidade residual pulmonar funcional estará diminuída em 25% (ALSO, 2000).

De acordo com o ALSO (2000) outros problemas também poderão colaborar para o insucesso da reanimação cardiopulmonar na gestante, entre eles: edema (dificultando a entubação, se necessária), diminuição do peristaltismo (possibilitando a aspiração do conteúdo gástrico), diminuição da complacência da parede torácica secundária à hipertrofia das mamas, demora para demonstrar sinais de hipovolemia, obesidade e trombocitopenia (associadas a síndromes hipertensivas).

As alterações hormonais na gestação também poderão contribuir para as alterações fisiológicas. O estrogênio, por exemplo, influencia na excitabilidade das fibras musculares uterinas, bem como na sensibilidade do miocárdio às catecolaminas. Como ele aumenta os receptores alfa-adrenérgicos no miocárdio pode-se originar arritmias cardíacas (ALSO, 2000).

A progesterona influencia no aumento do volume corrente e da frequência respiratória, ocasionando a expiração do dióxido de carbono prolongada. Esta hiperventilação pode causar uma queda da $PaCO_2$, evoluindo para a alcalose respiratória compensada (ALSO, 2000).

Em uma parada cardiorespiratória, a apnéia materna estará associada a uma rápida diminuição do pH arterial e da PaO_2 , assim, o feto de mulher apneica e com assistolia apresenta reserva de oxigênio menor ou igual a 2 minutos. Após 4 minutos sem restauração da circulação, a equipe envolvida na reanimação deverá optar por uma conduta mais agressiva, ou seja, a cesárea perimortem (ALSO, 2000).

Anos atrás, somente mulheres mais jovens e saudáveis ficavam grávidas. Atualmente, com o avanço científico e com as novas tecnologias, mulheres em idade mais avançada e com problemas de saúde conseguem engravidar através das inseminações artificiais. Com este quadro, não serão encontradas apenas mulheres grávidas com problemas relacionados a este evento a serem reanimadas em situações de emergências, mas mulheres com problemas de saúde, já debilitadas, idosas e que dependerão da eficácia das ações realizadas (ALSO, 2000).

Entre os principais eventos e complicações que geram a parada cardiopulmonar durante a gestação encontravam-se: as síndromes hipertensivas da gestação; a embolia; as hemorragias; as infecções; as miocardiopatias; anestésias e outras causas (ALSO, 2000; BRASIL, 2002).



De acordo com o ALSO (2000), a etiologia da parada cardíaca materna poderá acontecer a partir de: doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e eclâmpsia (geradoras de convulsão e edema cerebral); embolia (gerando tromboembolismo pulmonar e coagulação intravascular disseminada); hemorragia (gerando hipovolemia e hipotensão); terapia tocolítica (gerando arritmias, hipermagnesemia e hipocalemia); traumas (gerando hemorragias e hipovolemia); cicatriz uterina prévia (levando a rotura uterina e acretismo placentário); infecções (originando choque séptico e corioamnionite); anestesia (levando a hipertermia maligna e arritmias); cardiopatias (diminuindo o débito cardíaco e provocando arritmias); abuso de drogas (evoluindo para overdose, arritmias, descolamento prematuro de placenta); poliidrânio (gerando embolia do líquido amniótico e rotura uterina) e as endocrinopatias (levando à crise tireotóxica e acidente vascular cerebral).

A reanimação materna segue os princípios do ABCD primário sugerido pelo Suporte Básico de Vida (BLS) e pelo Suporte Cardíaco Avançado de Vida (ACLS), como se segue:

- *Airway*: permeabilidade de vias aéreas.
- *Breathing* (respiração): ventilação com pressão positiva.
- *Circulação*: massagem cardíaca.
- *Desfibrilação*: cardioversão na fibrilação ou taquicardia ventricular sem pulso, até 3 vezes.

Seguido dos princípios do ABCD secundário.

Em situações de reanimação materna em que não se estabelece a circulação em 4 minutos, é sugerida a cesárea perimortem. Entre os pré-requisitos para a cesárea perimortem sugeridos pelo ALSO inclui-se: equipe treinada e material preparado; ausência de circulação materna espontânea durante quatro minutos; possível viabilidade fetal, com feto único de 23-24 semanas ou mais e equipe e meios disponíveis para cuidar da mãe e do recém-nascido após a cesárea. Vale enfatizar que, a cesárea perimortem não só poderá salvar a vida do bebê, mas será a única chance da sobrevivência da mãe, pois menos de 10% das mulheres sobrevivem de uma parada cardíaca sem o parto cesárea (ALSO, 2000).

A figura 1 apresenta o fluxograma de Reanimação Materna segundo o ALSO Brasil.

Reanimação Neonatal

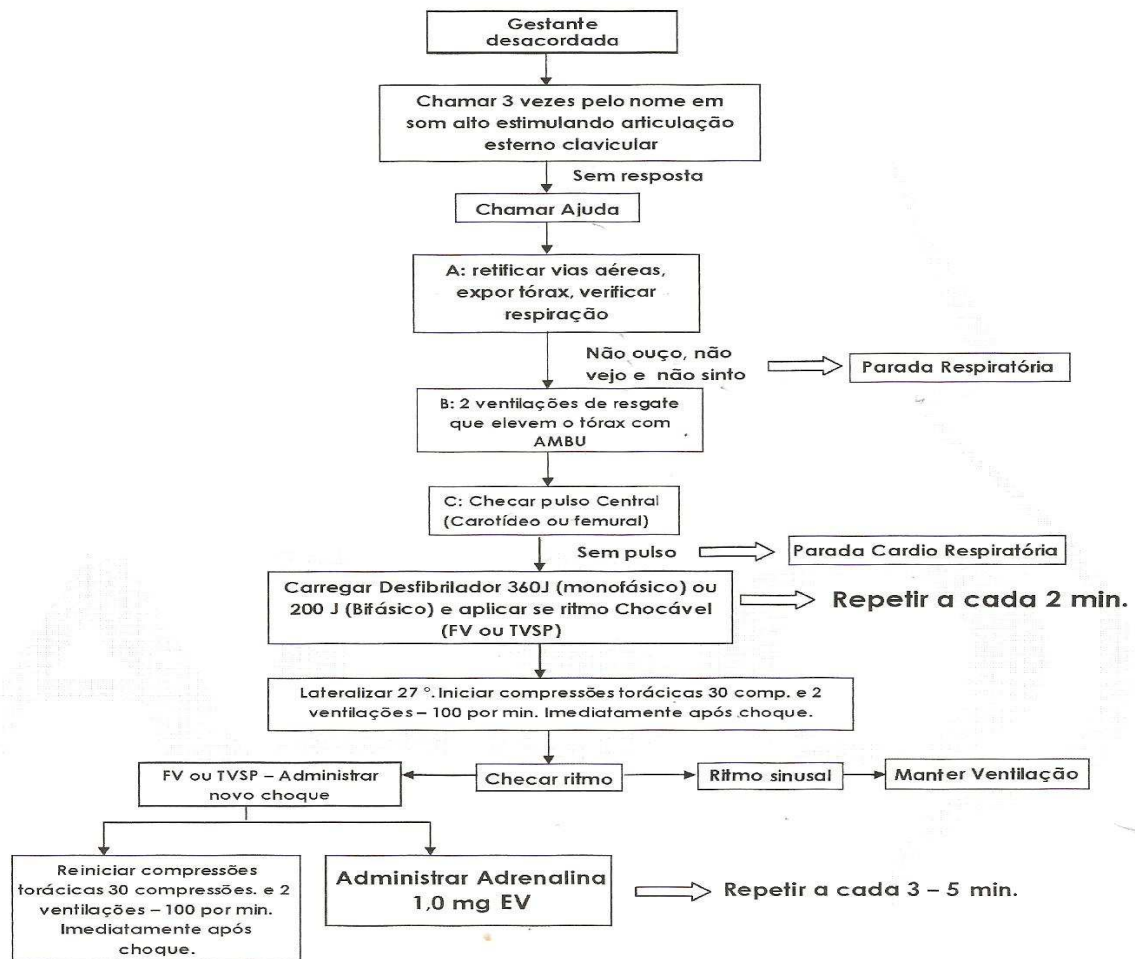
O eficaz atendimento neonatal deverá ser regionalizado e hierarquizado, buscando considerar a natureza da gestação e do parto (PARANÁ, 2004). O nascimento de um neonato de risco deverá acontecer em uma unidade de atendimento neonatal com estrutura mínima para a assistência emergencial. Infelizmente, o Brasil não conta com número suficiente de unidades de suporte neonatal, postergando o atendimento primário e influenciando diretamente a assistência e prognóstico do neonato.

Sabe-se que os recém-nascidos respondem bem às intervenções em uma reanimação cardiovascular, dessa forma, pequenas ações ou técnicas simples permitirão a reposta eficaz no atendimento de emergência.

A reanimação neonatal consiste em: avaliar o ritmo (chocável e não chocável); estabelecer um acesso vascular; fornecer a terapia farmacológica e inserir uma via aérea avançada caso seja necessário. O ALSO Brasil sugere que bebês menores de 1 ano de vida não devem receber choque, pois ainda não existem estudos suficientes que comprovem sua eficácia.



Fluxograma Reanimação Materna



Após 4 minutos de reanimação sem sucesso realizar cesárea peri mortem.
Continuar reanimação.



Advanced Life Support in Obstetrics
Suporte Avançado de Vida em Obstetria



American Academy of Family Physicians

Figura 1. Fluxograma de Reanimação Materna. Fonte: ALSO, Brasil (2000).

A figura 2 a seguir apresenta os fatores que influenciam o nascimento de um bebê, onde a equipe deverá verificar se a gestação foi a termo, se havia ou não presença de mecônio, se o bebê respirou e chorou e se o tônus muscular era bom. Estas observações permitirão à equipe delinear a forma adequada do atendimento primário a ser executado no recém-nascido.

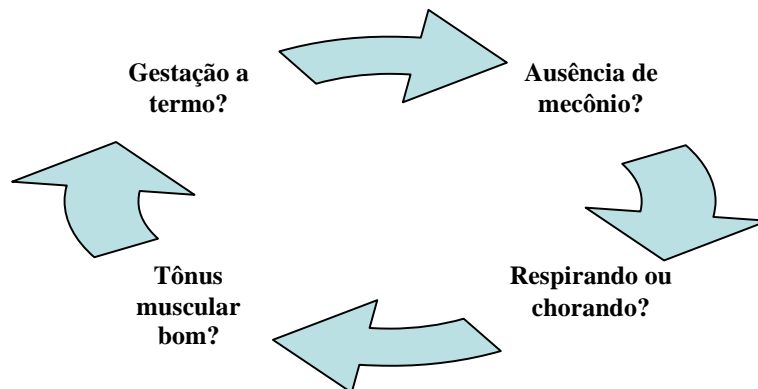


Figura 2. Diagrama delineador dos fatores que interferem no nascimento.

Um neonato submetido a um estresse hipoxêmico, ainda intra-útero, inicialmente poderá apresentar uma apnéia primária, seguida de taquipnéia com frequência cardíaca e tônus muscular diminuídos. Caso não haja intervenções poderá evoluir para uma apnéia secundária, com respirações profundas e irregulares, frequência cardíaca e pressão arterial diminuídas, que não responderá ao estímulo com oxigênio (ALSO, 2000). Dificilmente a equipe conseguirá diferenciar estas duas fases, porém, em ambas as intervenções serão necessárias.

A estabilização inicial do recém-nascido envolve uma rápida avaliação, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, realizar estímulos manuais para estimular o choro e a respiração, o ato de enxugar e posicionar o bebê sob fonte de calor radiante.

Em situações em que o neonato encontra-se com mecônio maciço, o qual poderá prejudicar ou complicar a expansão pulmonar, as recomendações do ALSO (2000) são: em bebês ativos a aspiração traqueal não é recomendada, sendo recomendada a aspiração da boca, de nariz e hipofaringe antes do bebê respirar, principalmente em bebês com respiração ausente ou deprimida, frequência cardíaca menor que 100 ou tônus diminuído. É fundamental atentar-se para a estimulação apenas quando necessária e no momento correto, caso contrário poderá agravar o quadro do recém-nascido.

Quanto aos critérios para entubação do recém-nascido, o ALSO (2000) a sugere apenas quando há: 1) a necessidade de ventilação prolongada; 2) impossibilidade de uso da máscara e balão; 3) necessidade de sucção de mecônio abaixo das cordas vocais e; 4) suspeita de hérnia diafragmática.

O início da reanimação cardiopulmonar em um recém-nascido estará indicado quando a frequência cardíaca estiver menor que 60 após 30 segundos de ventilação efetiva. As manobras compreenderão 3 compressões para uma ventilação, em uma frequência de 90 compressões por minuto. É importantíssimo reavaliar a frequência cardíaca a cada 30 segundos. Se a frequência cardíaca estiver menor que 60 após 30 segundos de compressões torácicas, estará indicado a terapia com drogas.

As drogas raramente serão indicadas, ocorrendo somente em bebês que apresentarem grave depressão. Deve-se considerar inclusive as anomalias incompatíveis com a vida, a hipóxia irreversível, estimativa de peso para o cálculo da dose e escolha do acesso para administração.

Entre os acessos venosos de primeira escolha, recomenda-se o intravenoso (preferencialmente utilizando o cateter umbilical, e a medicação deverá ser administrada em bolo durante as compressões, em seguida, injetar soro fisiológico para movimentar a medicação), a intra-óssea, e por último, a via endotraqueal.



A via endotraqueal poderá ser utilizada para administrar nalaxone, epinefrina, lidocaína e atropina. Lembrando-se que estas deverão ser administradas em doses maiores, podendo chegar até a uma concentração 10 vezes superior. Em seguida, após a administração da medicação recomenda-se a aplicação de ventilações com pressão positiva para empurrar e movimentá-la.

Quanto aos preceitos éticos sugere-se que não sejam iniciadas manobras de reanimação caso a gestação seja menor que 23 semanas ou peso do bebê menor que 400 gramas, e em casos de anencefalia ou trissomia do cromossomo 13 ou 18 confirmado.

A figura 3 apresenta o Fluxograma de reanimação neonatal baseado no ALSO Brasil.

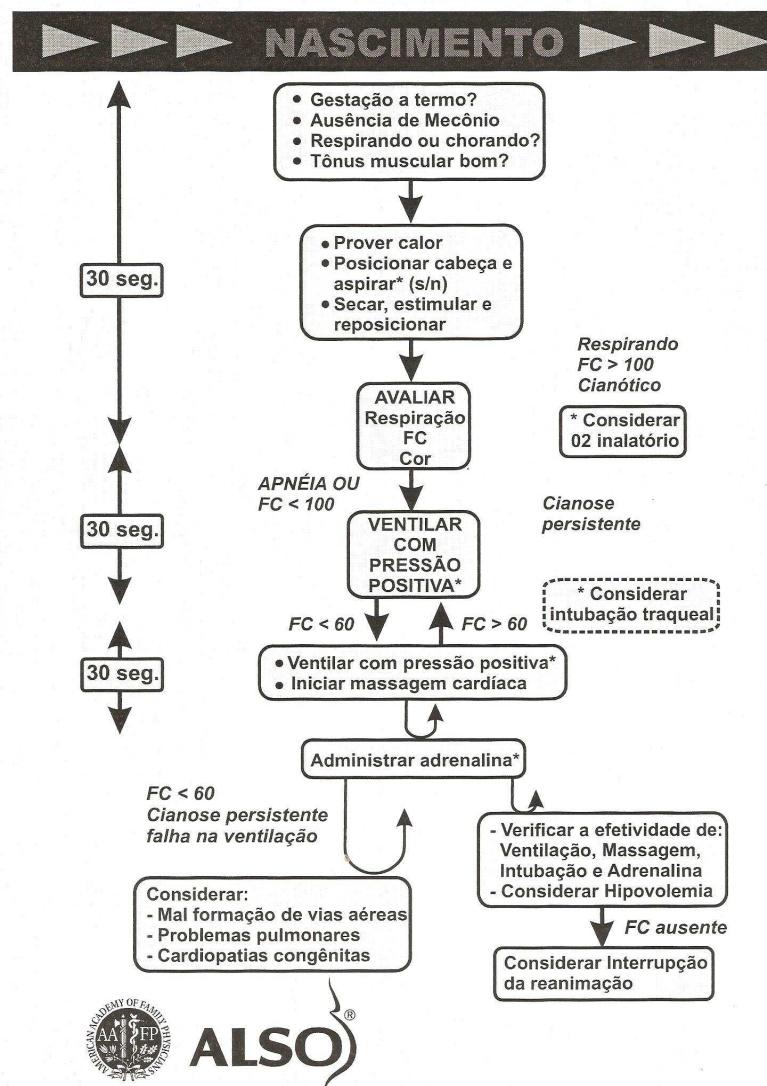


Figura 3. Fluxograma de Reanimação neonatal. Fonte: ALSO, Brasil (2000).

DESENVOLVIMENTO

O minicurso de reanimação cardiopulmonar em gestante e recém-nascido poderá ser realizado em duas etapas, totalizando 4 horas. Primeiramente uma abordagem sobre a reanimação materna, dedicando 2 horas, e em seguida, a reanimação neonatal, dedicando as outras 2 horas.



Para a etapa da reanimação materna será necessário uma abordagem teórica envolvendo os aspectos fisiológicos maternos que podem influenciar nos esforços da reanimação. Esta exposição será realizada através de slides (POWER-POINT) baseados nas premissas do ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics). Será apresentado o fluxograma de reanimação materna, para em seguida ser praticado. As equipes poderão ser divididas em 4 pessoas. Todos os participantes do minicurso deverão seguir as tentativas de reanimação das demais equipes.

Para a etapa da reanimação neonatal também será necessário a abordagem teórica envolvendo critérios para uma avaliação rápida do recém-nascido, esquemas e algoritmos de reanimação, bem como as ações e condutas a serem tomadas na presença de mecônio. Da mesma forma, sugere-se uma exposição através de slides (POWER-POINT) baseados nas premissas do ALSO. Em seguida, buscar-se-á a execução das práticas.

Os materiais necessários para as práticas incluem: manequim adulto para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) (com simulador de abdômen gravídico com feto de aproximadamente 30 semanas); manequim neonatal para RCP; ambú adulto e neonatal; materiais para punção venosa (cateter intravenoso, equipo, polifix, esparadrapo); sondas de aspiração 14 e 08; laringoscópio adulto e infantil; lâminas de laringoscópio 0 e 3; guedel nº 4; adaptador para aspiração de mecônio; coxim (para elevação de abdômen em 27°); lençóis; toca para neonato e escada (dois degraus).

Os materiais utilizados para o minicurso pertenciam a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC).

CONCLUSÕES

A mortalidade materna diminuiu significativamente no último século, este fato se deve à ampla acessibilidade ao pré-natal e ao acompanhamento do parto por profissionais capacitados. A reanimação cardiopulmonar materna deverá atender as mudanças fisiológicas da gravidez, permitindo o sucesso em suas intervenções. A cesárea “perimortem” poderá salvar a via da mãe e do bebê.

A reanimação neonatal inicial inclui avaliação da respiração, da frequência cardíaca e cor, evitando-se a perda excessiva de calor.

Toda a equipe multiprofissional deverá ter habilidade necessária à reanimação neonatal, incluindo a liberação de vias aéreas, sucção, ventilação com pressão positiva e massagem cardíaca. O uso de cartazes com as drogas e diluições nas unidades de atendimento neonatal poderão auxiliar a equipe durante as intervenções emergenciais.

REFERÊNCIAS

- ALSO. Brasil. **Advanced Life Support in Obstetrics**. Curso de provedor. 4ª Ed. Kansas, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2ª ed. 1ª reimpressão. Brasília, 2002.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de atendimento ao recém-nascido de risco**. Curitiba: SESA, 2004.



INVENTÁRIO PORTAGE DE EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR: FAVERECENDO A AVALIAÇÃO E A INTERVENÇÃO INFANTIL

Renata Grossi

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica. Docente do Curso de Psicologia. Universidade Estadual de Londrina – PR.

Palavras-chave: pré-escolar; educação; Portage, desenvolvimento

INTRODUÇÃO

O **Guia Portage de Educação Pré-Escolar** (“Portage Guide to Early Education”) de Bluma, Shearer, Frohman e Hilliard (1976), faz parte de um sistema amplo de Treinamento de pais e educação pré-escolar denominado “**Projeto Portage**” (apud WILLIAMS; AIELLO, 2001).

INVENTÁRIO PORTAGE OPERACIONALIZADO

O Inventário Portage Operacionalizado (IPO) orienta o aplicador para uma descrição de comportamentos de crianças de 0 a 6 anos de idade e foi construído e inserido como material de treinamento de pais e educação pré-escolar (VIERA; ROBEIRO; FORMIGA, 2009).

O IPO busca fornecer a construção de um parecer para posterior intervenção no ambiente natural da criança avaliada. Essa intervenção dá-se a partir da detecção do atraso no desenvolvimento, por meio de treinamento específico dado aos pais, visando aceleração do desempenho destas crianças durante a idade pré-escolar (WILLIAMS; AIELLO, 2001).

O IPO é composto de 580 comportamentos que inclui cinco áreas do desenvolvimento (socialização, cognição, linguagem, auto-cuidados e desenvolvimento motor) e ainda introduz um campo de estimulação infantil, reservada a recém-nascidos na faixa etária de até os quatro meses de vida (TAQUES, 2006).

O Portage foi ajustado por duas psicólogas brasileiras, Williams e Aiello, que traduziram o inventário para o português e operacionalizaram cada um dos comportamentos, propondo-lhes definições, critérios, explicitando as condições de avaliação e descrevendo o material a ser utilizado (VIERA; ROBEIRO; FORMIGA, 2009).

A seguir serão apresentados os principais itens a serem considerados para a aplicação do Portage.

NÚMEROS DE ITENS EM CADA ÁREA DE OBSERVAÇÃO NA FAIXA ETÁRIA DE 0-6 ANOS DE IDADE

- Estimulação infantil – 45 itens
- Socialização – 83 itens
- Cognição – 108 itens
- Linguagem – 99 itens
- Auto cuidados – 105 itens
- Desenvolvimento motor – 140 itens



OPERACIONALIZAÇÃO DOS ITENS

- Especificação das respostas a serem observadas
- Condições de avaliação: como proceder para avaliar
- Que objetos usar em cada item
- Que critério usar para correção das respostas ou número de acertos/erros por tentativa

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Evitar termos técnicos: na interação com qualquer pessoa.
- Itens repetitivos: leitura acumulativa dos itens de cada área (+/- avaliação).
- Área de Estimulação somente para bebês com menos de 1 ano (completar com Escala de Brazelton).
- Erros em mais de 50% dos itens listados para a faixa de 0-1 ano, aplicar a Estimulação infantil.
- Parar e avançar para idade seguinte quando houver 15 itens consecutivos de acertos.
- Se há 50 % de erro, retroceder à idade anterior.
- Onde parar – 15 erros consecutivos à faixa ou 15 cartões sem desempenho

SESSÕES DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO EM CASA

- Em diferentes períodos do dia (manhã, tarde e noite);
- Atividades agradáveis
- Não mais que 30 min (evitar cansaço)

INSTRUÇÕES GERAIS

- Observação de uma área por vez, começar por desenvolvimento motor, socialização e por fim, linguagem, de uma faixa etária anterior;
- Avaliar: estímulos e brinquedos da casa que a criança possui ou levar até a casa os objetos necessários.

REGISTRO

- Todos os comportamentos podem ser observados na instituição, se caso isto não acontecer, marcar com a mãe o dia e horário disponível. Se as professoras não estimularem a criança em algum comportamento a ser observado, pedir a permissão para realizá-lo;
- Procurar, primeiramente, assistir as sessões de estimulação, observando o profissional; e a partir daí coletar os dados;
- Verificar certos comportamentos em situação natural, sem necessariamente ser em sala de aula ou estimulação;
- A família como um todo, somente precisará responder as informações que a instituição não fornecer;
- A família, também, poderá fazer o registro, após ser treinada



OBJETIVOS:

O primeiro objetivo da aplicação do Inventário Portage é que a partir dele tem - se como:

- a) visualizar o desempenho da criança **antes de uma intervenção;**
- b) usá-lo para elaborar uma intervenção e
- c) avaliar os progressos da criança **ao longo e depois de um período de intervenção**

O segundo objetivo é utilizar o Inventário para treinar a família (um agente de cuidado) ou mesmo profissionais que possam desenvolver atividades de estimulação na criança com algum déficit, tanto quanto às atividades como quanto ao registro.

Na seqüência serão apresentados dois casos para ilustrar a utilização do IPO em crianças com queixas diferentes

ESTUDO DE CASO 1

DADOS GERAIS DA CRIANÇA

Mário (nome fictício), nascido em 05/07/04. Moram na casa, o pai, a mãe, os dois filhos e a baba. Dorme no mesmo quarto que o irmão. A família realiza as atividades de lazer, todos juntos, tanto à noite, como nos finais de semana, como realizar atividade e brincadeiras em casa, assistir TV e DVD, ir ao shopping, fazer visitas e viagens.

Mario gosta do Mickey, de livros, de piscina, de fruta, Coca-cola, salgadinho.

A criança possui horário estável para suas atividades diárias como alimentação, banho, sono e brincadeiras.

Frequênta uma pré-escola pequena com turma com número reduzido de crianças de sua mesma faixa etária, com atividades programadas e livres, acompanhadas por uma professora responsável pela turma.

M. tem um horário de refeição muito próximo para uma criança que não gosta muito de comer e talvez o que esteja ingerindo não seja o correto para sua saúde e crescimento.

MOTIVO DA PROCURA

Em função da dificuldade na fala, M. vem recebendo inúmeros diagnósticos ao longo dos anos, todos inconclusivos. No entanto, o acompanhamento fonoaudiológico vem trazendo melhora significativa para M.. Apesar dessa melhora, a preocupação atual da família, é saber em qual faixa etária seu filho está incluído, se existe comprometimento no seu desenvolvimento como um todo ou se o problema do filho está apenas na fala.

Além disso, a mãe traz uma preocupação com a alimentação do filho, o controle de esfíncter noturno, a dificuldade em colocar limites e a dificuldade que tem em realizar atividade como cortar cabelo, ir ao dentista.

OBJETIVO DA AVALIAÇÃO

Teve-se como objetivo avaliar M. nas diferentes áreas do desenvolvimento, por meio do Inventário Portage, assim como analisar seu processo adaptativo e seu desempenho em diferentes contextos e com diferentes pessoas, o que pôde fornecer informações preciosas sobre seu potencial e sobre suas limitações, para futuras intervenções e encaminhamentos.



RESULTADOS

Os principais resultados alcançados serão apresentados no quadro a seguir.

QUADRO 1- Áreas de desenvolvimento avaliadas em relação aos comportamentos esperados, os apresentados, os não apresentados, por M. e aqueles ainda não trabalhados nem em casa nem na escola, por meio do Inventário Portage.

AREA	NUMÉRO DE COMPORTAMENTOS	COMPORTAMENTOS APRESENTADOS	COMPORTAMENTOS NÃOAPRESENTADOS	COMPORTAMENTOS NÃO TRABALHADOS
MOTORA	15	13	1	2
AUTO CUIDADOS	15	3	6	3
COGNIÇÃO	24	19	-	5
SOCIALIZAÇÃO	12	8	4	-
LINGUAGEM	12	5	7	-

O quadro acima demonstra, numericamente, que o desenvolvimento de M. está dentro do esperado para sua faixa etária e a área em que apresenta dificuldades é na de linguagem, mas que segundo observação e relato das pessoas de seu convívio vem apresentando melhoras significativas e coerente com o desenvolvimento esperado para uma criança da sua idade.

ESTUDO DE CASO 2

DADOS PESSOAIS GERAIS

Joice, nascida em 01/12/2005, com 4 (quatro) meses, no momento da avaliação

ENCAMINHAMENTO

A criança foi encaminhada pela pediatra da Maternidade Municipal de uma cidade do interior do Paraná com suspeita de Síndrome de Down, devido às características físicas apresentadas pela criança (orelha pequena e baixa, língua para fora da boca, olhos amendoados, hipotonia muscular).

OBSERVAÇÃO

A criança passou por uma etapa de observação pelas estagiárias que acompanhavam o caso, na qual o instrumento utilizado foi o Inventário Portage, que consiste na especificação de comportamentos subdivididos nas respectivas áreas de desenvolvimento: estimulação infantil, motora, auto-cuidados, cognitiva, de socialização e linguagem. A observação foi realizada no APSDown,

A criança foi observada em horário de atividades de fonoaudiologia e fisioterapia, para coleta de dados por parte dos profissionais e observação de comportamentos.



RESULTADOS

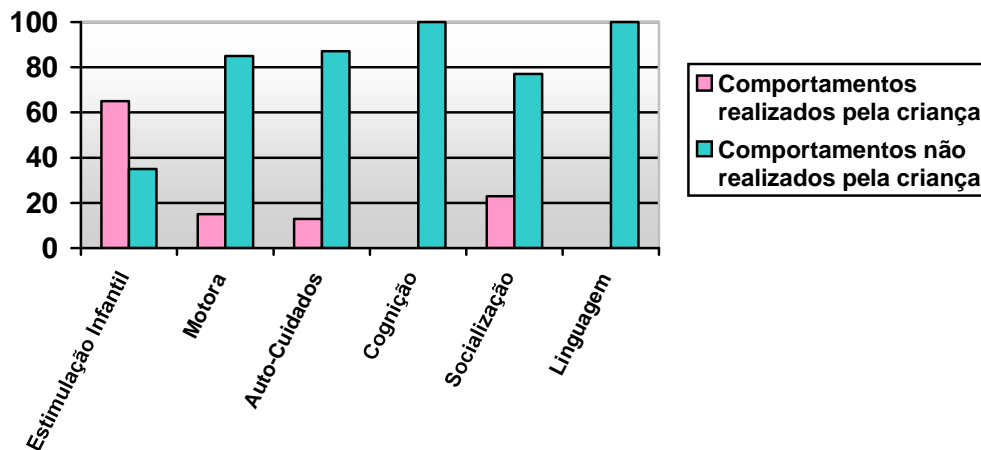


FIGURA 1: Porcentagem de comportamentos realizados e não realizados pela criança, nas seis áreas de desenvolvimento, segundo o *Inventário Portage*.

A subdivisão de comportamentos em áreas é uma maneira didática e facilitadora de observação. Desta forma, é possível estruturar planos de ação para estimular um melhor desenvolvimento da criança.

A base de observação realizada pelo *Inventário Portage*, abrange a idade de 0 à 1 ano, portanto, a não execução de certas atividades não implica necessariamente na presença da trissomia (Síndrome de Down). Em função disso, é importante considerar a imaturidade geral presente nas respectivas fases de desenvolvimento de uma criança.

Os resultados apontam comportamentos satisfatórios como sorrir na presença da mãe, seguir com os olhos um som, segurar alguns objetos, sugar e deglutir o leite materno. Em contrapartida, a criança apresenta alguns déficits significativos principalmente nas áreas motora, auto-cuidados, cognição e linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos procedimentos utilizados para a avaliação e encaminhamento dos casos a partir do IPO, acima apresentados, podem-se fazer alguns apontamentos. É um recurso de baixo custo para sua aplicação, flexível quanto a sua adaptação aos diferentes casos e população, bem como de fácil manejo. Apresenta os resultados de modo claro e didático facilitando a visualização do desempenho da criança e conseqüentemente, favorecendo a programação de uma intervenção, bem como de encaminhamentos necessários, como nos casos apresentados.

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, A. I. A. DE.; PINTO, R. F.; RUFFEIL, É.. **A tecnologia e o desenvolvimento cognitivo da criança com paralisia cerebral**. Pesquisa parte da dissertação de mestrado em Motricidade Humana defendida na Universidade do Estado do Pará em julho de 2004.



- TAQUES D. C. S. R, RODRIGUES O. M. P. R. Avaliação de repertório comportamental de bebês nos quatro primeiros meses de vida: uma proposta de análise. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano.** v.16, n. 2. p.77-87. 2006.
- VIEIRA, M. E. B. ; RIBEIRO, F. V.; FORMIGA, C. K. M. R.. Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade. **Revista Movimenta;** v. 2, n. 1 .2009.
- WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. **O Inventário Portage operacionalizado: intervenção com famílias.** São Paulo: Memnon. 2001.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL: RECOMENDAÇÕES

Denise Costa Dias

Doutora em Enfermagem Fundamental pela EERP-USP- Professora Adjunta do colegiado de Enfermagem da UNIOESTE/Cascavel.

Palavras-chave: Injeção intradérmica; injeção subcutâneo; injeção intramuscular.

INTRODUÇÃO

A administração de medicamentos é uma das atividades mais sérias, muito freqüente e de grande responsabilidade, na qual a enfermagem tem um papel de destaque. Neste processo, a comunicação entre o profissional e o paciente muitas vezes está longe do ideal. Geralmente, o profissional administra o medicamento sem conversar com o paciente, não o chama pelo nome e não revela qual é o medicamento nem sua indicação, usando termos não apropriados, como “tomar remedinho”, “uma injeçãozinha” (CASSIANI, 2010).

A administração de medicamentos via parenteral abarca diversas vias, sendo as mais utilizadas a subcutânea (SC), intramuscular (IM) e intravenosa (IV). São consideradas administrações parenterais a hipodermólise, a via intraperitoneal, intratecal, intra-esternal, intrarraquidiana, intra-arterial e intra-óssea. Mas neste momento nos restringiremos as vias ID, SC, IM. No processo de administração de medicamentos por via parenteral é importante considerar o preparo do profissional por meio da higienização correta das mãos. O preparo do medicamento com materiais estéreis e técnica asséptica e o preparo do paciente, por meio de orientação e antisepsia da pele.

Em virtude de limitações de espaço, os objetivos do presente texto concentram-se em apresentar os pontos principais para atualização e reflexão sobre as práticas relacionadas ao processo de administração de medicamentos parenterais, baseados em evidências apontadas pela literatura.

DESENVOLVIMENTO

Para o alcance do objetivo, realizamos revisão bibliográfica. O levantamento bibliográfico foi realizado pela Internet, pela BIREME, no banco de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e na base de dados BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil), consideradas as principais da área da saúde brasileira.

Para o levantamento dos artigos, utilizamos as palavras-chave injeção subcutânea, injeção intramuscular, injeção intradérmica e injeção intravenosa.

Destacaremos a seguir alguns aspectos que consideramos de fundamental importância e que merecem ser destacados para a maior segurança no processo de administração de medicamentos por via parenteral.



A literatura aponta como importante o resgate e a educação permanente sobre o tema da higienização das mãos, realização de anti-sepsia da pele, utilização de critérios relacionados ao tamanho da agulha e espessura/profundidade das estruturas que se pretende atingir.

Atualmente, programas que enfocam a segurança no cuidado do paciente nos serviços de saúde tratam como prioridade o tema higienização das mãos. Embora a higienização das mãos seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa e difícil. Estudos sobre o tema avaliam que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é insuficiente. Dessa forma, é necessária uma especial atenção de gestores públicos, administradores dos serviços de saúde e educadores para o incentivo e a sensibilização dos profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

No preparo de medicação, cabe ao profissional manter a segurança microbiológica evitando que ocorra contaminação. Um dos pontos descritos para evitar a contaminação do líquido aspirado por meio de seringas é não tocar no êmbolo durante o preparo da medicação. Com esta preocupação em mente Ferreira et al (2007) realizaram experimento no qual aspirou-se meio de cultura através de 40 seringas, após tocar vigorosamente no êmbolo de cada uma com as mãos previamente higienizadas. O resultado evidenciou que houve ausência de crescimento microbiano em todas as amostras testadas após 72 horas de incubação. Os autores concluíram que tocar no êmbolo não acarretou contaminação.

No entanto, cabe salientar que a técnica de não tocar no êmbolo continua sendo preconizada e considerada segura. A dificuldade em realizá-la está na falta de habilidade e destreza motora que é facilmente adquirida com o treino.

A anti-sepsia da pele é um fator que não deve ser menosprezado. Sobre este tema encontramos 3 artigos, sendo que um destes artigos discute se a anti-sepsia da pele é uma necessidade ou ritualismo, levanta polêmicas e é inconclusivo. Mas os outros 2 ressaltam a importância desta prática. Para uma adequada anti-sepsia prévia à administração de medicamentos por via parenteral, recomenda-se que a pele do local a ser injetado deva ser completamente limpa, friccionando-se etanol ou isopropanolol a 70%, retirando o excesso de álcool do algodão e fazendo pelo menos cinco (5) movimento sem um mesmo sentido e deixando secar, de acordo com vários autores citados por Cardoso et al (2006)

De acordo com Santos et al (2008) a anti-sepsia do sítio de punção venosa realizada com álcool a 70%, é eficaz quando seguida de uma correta e vigorosa fricção do algodão sobre a pele, aliada ao tempo de ação do anti-séptico e sua completa volatilização.

Além da anti-sepsia, o uso de luvas é necessário usar luvas nas aplicações de injetáveis para a proteção dos profissionais envolvidos. A NR 32, a norma regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego que abrange os estabelecimentos de saúde como um todo – farmácias, clínicas médicas, hospitais, instituições de ensino, home care, entre outros – e busca proteger a saúde dos profissionais desses estabelecimentos. A norma determina que “o EPI deve estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido imediato fornecimento ou reposição” (item 32.2.4.7).

Antes de introduzirmos as considerações específicas relacionadas a cada técnica, é importante considerar as possibilidades de variações na técnica, por exemplo, para crianças maiores e agitadas, é necessário auxílio na contenção por um terceiro membro da equipe, além do responsável pela criança. Visando à segurança do cliente no momento da aplicação, é necessário o manuseio da seringa para aplicar, aspirar e injetar com apenas uma mão, deixando a outra livre para contenção do membro a ser puncionado. A técnica em Z também requer variação da técnica tradicional de injeção IM. O importante é manter os princípios da técnica asséptica e a



estabilidade da agulha dentro dos tecidos, e para tanto é importante o desenvolvimento de habilidades.

Intradérmica

A utilização de injeções via intradérmica não é muito usual em nosso meio, exceto pela vacina contra tuberculose, a BCG. Por este motivo pode-se supor que mesmo os profissionais da área não tem habilidade necessária para garantir a correta aplicação (MARTINS, OLIVEIRA, 1997).

Na aplicação do BCG ID merecem destaque os procedimentos técnicos para: conservação e diluição da vacina, aplicação na via e local correto (na altura da inserção do deltóide direito.); ajuste preciso da dose correta, imobilização da criança, proteção individual do vacinador, indicação e contra-indicação da vacina; registro das ocorrências; descarte do material utilizado e orientação da mãe ou responsável (MARTINS, OLIVEIRA, 1997).

A padronização do local é recomendada para permitir a leitura da cicatriz. Embora, de acordo com Bricks (2004) na prática, a leitura da cicatriz nem sempre é confiável.

Subcutânea

Em uma revisão integrativa da literatura sobre administração de insulina subcutânea Nicoll, Beyea(1996) citam resultados de uma pesquisa que evidencia os níveis de absorção de insulina mais rápido no abdômen, menor nos braços e ainda menor nas coxas. Por esta razão a recomendação mais recente para o rodízio é alternar sistematicamente em uma mesma área, e somente após um período trocar para outra.

Ressaltamos a importância do rodízio. Como o abdômen é uma área ampla alguns autores recomendam que a aplicação de insulina restrinja-se a esta área.

A técnica da bolha de ar não é mais recomendada, pois a presença da bolha de ar pode alterar a dose (NICOLL, BEYEA, 1996).

Thow, Home(1990) destacam que por muitos anos após a introdução da insulina a recomendação era fazer uma prega cutânea e injetar com um ângulo de 45°. Com o advento de agulhas mais curtas 12-13mm pensou-se que estas instruções não eram mais necessárias, com a crença de que a injeção perpendicular (90°) de toda a agulha era uma prática consistente para depositar a insulina no tecido gorduroso subcutâneo. No entanto, aparecem evidências de que esta prática pode estar longe do ideal para muitos pacientes e pode contribuir para variações na velocidade de absorção e dificultar o controle do nível glicêmico. Citam entre outros estudos, o de Frid e Linden, que mostraram através de tomografias computadorizadas que em pacientes não obesos a espessura do tecido subcutâneo na coxa e abdômen era menor que 10 mm. Isto significa que pacientes utilizando a técnica recomendada (90o) estavam aplicando em si mesmos injeções intramusculares.

Thow, Home (1990) concluem que precisamos reavaliar as recomendações para a injeção de insulina. Pode ser talvez prudente recomendar que a insulina seja injetada com ângulo em relação à prega cutânea ou providenciar agulhas mais curtas de 3-5mm.

Intramuscular

A controvérsia na técnica de injeção intramuscular é: Pinçar ou esticar a pele? Esta controvérsia surge pois a literatura diverge e apresenta duas recomendações, uma de origem norte americana e outra preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS preconiza a técnica de esticar a pele entre o indicador e polegar, e introduzir a agulha a 90°. A técnica norte americana recomenda pinçar o músculo. No entanto, Groswasser et al (1997) recomendam que



caso esta técnica seja utilizada é necessário utilizar agulhas mais longas. Uma agulha curta com essa técnica pode arriscar atingir apenas o subcutâneo. Com o comprimento de agulhas que utilizamos no Brasil (30mm ou 25mm) para IM a técnica de pinçar torna-se arriscada, especialmente para pessoas de compleição mais robusta.

A técnica em Z é considerada mais segura. Esta é uma técnica alternativa, sugerida e recomendada por inúmeros autores para administração de injeções IM visando impedir o refluxo da medicação para o tecido subcutâneo, reduzindo a dor e possíveis reações locais. Consiste na aplicação de tração lateral e/ou para baixo da pele e tecido subcutâneo antes da introdução da agulha, sendo liberada após a agulha ser retirada.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2007.
- BRICKS L.F. Vacina BCG: via percutânea ou intradérmica? . **Journal of Pediatrics**, v. 80, n.2, p. 93-8, 2004
- CARDOSO SR, PEREIRA LS, SOUZA ACS, TIPPLE AFV, PEREIRA MS, JUNQUEIRA ALN. Anti-sepsia para administração de medicamentos por via endovenosa e intramuscular. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v.8, n.1, p.75-82, 2006. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_10.htm.
- CASSIANI, S. H. B. (ORG) **Hospitais e Medicamentos**. Editora Yendis. São Caetano do Sul, SP. 2010.
- FERREIRA, A. M. et al. Técnica de preparo de medicamentos parenterais: tocar ou não no êmbolo? **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.20-6, 2007.
- FERREIRA, A. M. et al Antissepsia na administração de injetáveis: Necessidade ou ritualismo? **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):130-3.
- FONSECA, L. G. et al . Avaliação da antissepsia cutânea por quatro métodos em doadores de sangue. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 31, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151684842009-000100006 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de maio de 2010.
- GROSWASSER, J., KAHN, A., BOUCHE, B., HANQUINET, S., PERLMUTER, N., & HESSEL, L. Needle length and injection technique for efficient intramuscular vaccine delivery in infants and children evaluated through an ultrasonographic determination of subcutaneous and muscle layer thickness. **Pediatrics**, v.100, n.3, p. 400-403, 1997.
- MARTINS, C. L. OLIVEIRA, L.S.S. O treinamento na aplicação da vacina BCG ID no Estado de São Paulo: repensando uma prática. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.10, n.3, 1997.
- NICOLL, L. BEYEA, S.C. Subcutaneous Administration of Insulin in Adults: na integrative review of research. **The online Journal of knowledge Synthesis for Nursing**. v.3, n.4, 1996.
- SANTOS, M. Q. ZAMADEI, R. A.N., BENEDETTI,V.P., ONOFRE, S.B. Avaliação do processo anti-séptico em sitio de punção venosa de doadores de sangue **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.40, n.4, p.293-295, 2008
- THOW, J.; HOME, P. Insulin injection technique. **British Medical Journal**, v.301, n.7, 1990.



A ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL, AO PARTO E PÓS-PARTO, COMO POLÍTICA PÚBLICA PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Valdecyr Herdy Alves

Professor doutor do departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico Universidade Federal Fluminense - Presidente da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras/Nacional (ABENFO) Gestão 2009-2011.

Palavras-chave: humanização, política pública, pré-natal, pós-parto.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para o ano de 2009, estima-se que 63% da população feminina no Brasil seja composta por mulheres em idade fértil, o que corresponde a cerca de 61 milhões de mulheres com idade entre 10 e 49 anos. Essas mulheres são responsáveis por dar a luz a aproximadamente 3 milhões de novos cidadãos brasileiros a cada ano.

De acordo com informações constantes no DATASUS/Ministério da Saúde, 98% destes nascimentos acontecem em hospitais, o que contribuiu para um gasto com internações obstétricas, no Sistema Único de Saúde, no ano de 2007, em torno de 1 bilhão de reais. Apesar disto, o Brasil apresenta, ainda hoje, resultados em indicadores de morbimortalidade materna e neonatal muito aquém dos investimentos realizados.

A mortalidade materna brasileira é alta como demonstra o estudo realizado por (Laurentti,2006) e publicado pelo Ministério da Saúde. A mortalidade materna nas grandes cidades brasileiras no segundo semestre, de 2002 foi de 54,3/100.000 nascidos vivos.

Outro dado que chama a atenção e que teve destaque na publicação da OMS mencionada, é a taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade, que considera o número de óbitos em menores de 5 anos a cada 1000 nascidos vivos. Embora o Brasil tenha conseguido ao longo dos últimos anos reduzir este componente de mortalidade (de 30,37 em 2000 para 25,23 em 2005) ainda mantemos um resultado pior do que a média dos países americanos neste indicador que segundo a publicação *Health-Related Millennium Development Goal* é de 19 óbitos por 1000 nascidos vivos.

Destaca-se que de cada 10 óbitos em menores de 5 anos que ocorreram no Brasil no ano de 2005, 6 aconteceram antes de completados 1 mês de vida. Se globalmente o peso da mortalidade neonatal na composição da mortalidade em menores de 5 anos corresponde a 37%, no Brasil a mortalidade entre 0 e 28 dias de vida corresponde a 56% dos óbitos em menores de 5 anos, o que demonstra o impacto que melhorias na qualidade da atenção materno e neonatal podem ocasionar neste indicador.

Inicialmente estes dados podem parecer demonstrar falta de acesso aos serviços de saúde, contudo, é preciso que se ressalte que a cobertura de pré-natal no Brasil é alta, sendo 88,11% a proporção de mulheres que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal. Outro dado de cobertura que chama a atenção é a proporção de cesarianas, atualmente em torno de 45%, valor bem acima dos 15% recomendados pela OMS. Deste modo, observa-se que há uma utilização inadequada de recursos e tecnologias na atenção obstétrica, sem impacto significativo nos indicadores de



mobimortalidade materna e neonatal. É uma realidade perversa onde: por um lado não atende à população de alto risco, haja vista as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e por outro, não atende à população majoritária de mulheres de baixo risco, haja vista a excessiva medicalização da assistência, onde práticas antigas e ultrapassadas ainda fazem parte da maioria das rotinas hospitalares.

A maioria das mortes e doenças atribuíveis ao período perinatal é evitável, uma vez que são bem conhecidas as medidas que devem ser tomadas para tratá-las ou erradicá-las. O Brasil, assim como os demais Estados-Membros da Assembléia Geral da ONU, assumiu o compromisso de empreender esforço em prol de “Melhorar a Saúde das Gestantes” e “Reduzir a Mortalidade Infantil”, objetivos listados entre os Oito Objetivos do Milênio propostos em 2000 pela Organização das Nações Unidas - ONU. Embora ocupe hoje posição econômica de destaque no mundo e possua recursos humanos e tecnológicos para prestar uma boa qualidade de atenção obstétrica e neonatal para a população brasileira, os resultados desta atenção em nosso meio estão abaixo do mínimo desejável. O desafio que persiste não é, pois, tecnológico, mas sim estratégico e organizacional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a assistência obstétrica deve ter como objetivo mãe e criança saudáveis, com o mínimo de intervenções compatíveis com a segurança. Esta abordagem implica que deve haver uma razão válida para se interferir no parto normal, implica ainda, em uma visão do processo de gestar e parir que extrapola os limites da função biológica, valorizando os aspectos sociais e culturais que permeiam este processo, pois são eventos determinantes de profundas transformações nos papéis de mulheres-homens-famílias.

Esforços governamentais tem sido implementados para a melhoria dos índices relativos à mortalidade materna. O Pacto contra a Mortalidade Materna e Neonatal lançado pela Presidência da república em 8 de março de 2004 e que conta com a representação de 37 representações do governo federal e da sociedade civil teve a adesão das 27 unidades federadas do País, tem colaborado de forma eficaz na melhoria da assistência obstétrica em nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Foram realizados seminários Estaduais de Pactuação em todas as unidades federadas e também 226 encontros com a participação de 8165 pessoas, além de capacitações e qualificações para as parteiras tradicionais, apoiados e estimulados os cursos de especialização em enfermagem obstétrica e neonatal que receberam apoio financeiro para a sua realização. Estas medidas das políticas públicas impulsionaram e deram suporte ao trabalho das enfermeiras obstetras brasileiras na atenção à mulher na gestação, parto e nascimento normal.

Consoante com as recomendações da OMS e reconhecendo a importância da atuação de enfermeiras obstetras na atenção ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde do Brasil tem estimulado a atuação desta profissional nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, por meio da publicação de diversas Portarias que legitimam sua atuação no âmbito do SUS.

Entre estas portarias destacam-se a Portaria GM/MS nº. 985, de 06 de agosto de 1999, que cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento a mulher no período gravídico – puerperal e define que os mesmos podem funcionar apenas com enfermeiras obstetras responsáveis pela atenção ao parto; a Portaria SE/MS nº. 876, de 30 de novembro de 2000, que aprova planos de trabalho de apoio às ações de saúde objetivando a execução do “curso de especialização em enfermagem obstétrica” através das universidades federais reconhecendo a importância de se investir na qualificação de enfermeiras obstétricas no Brasil; e a Portaria nº. 743, de 20 de dezembro de 2005, que padroniza as



informações do Laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH e define que somente os profissionais portadores de diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeiro (a) obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 - Parto normal sem distócia realizado por enfermeiro (a) obstetra, reconhecendo a competência da enfermeira obstetra para realização de partos normais no âmbito do SUS.

Destaca-se que revisão sistemática publicada em 2008 na biblioteca *Cochrane* – entidade de renome internacional no que se refere a evidências científicas em saúde, comprovou que modelos de assistência obstétrica com enfermeiras obstétricas e obstetrizes aumentam as chances de parto vaginal e do início do aleitamento materno e reduzem o número de intervenções como episiotomia, analgesia peridural e parto instrumental.

No Brasil, a Lei Federal que regula o exercício profissional da enfermagem (Lei 7498/86), regulamentada pelo Decreto 94.406/87, dispõe que é competência do enfermeiro obstetra a realização de parto eutócico (de baixo risco), a realização de episiotomia e episiorrafia, quando necessária, e a assistência à mulher no parto distócico até a chegada do médico, dando autonomia a este profissional na assistência ao parto de baixo risco.

Apesar das evidências científicas disponíveis e do arcabouço legal que ampara a atuação de enfermeiras obstétricas no Brasil, esta atuação é ainda muito pequena, em grande parte pelo entendimento equivocado de que a inserção de enfermeiras obstétricas na atenção à gestação e parto irá tirar o espaço de atuação de médicos obstetras, levando entidades representativas de médicos a pressionarem gestores a não inserir enfermeiras obstétricas especialmente na atenção ao parto nos serviços de saúde. Esta é uma visão limitada e corporativista, que ignora as recomendações da OMS e do próprio Ministério da Saúde do Brasil de hierarquização da assistência obstétrica, na qual é prevista a atuação integrada e multiprofissional, com otimização de recursos e ganhos de qualidade.

O Relatório Mundial da Saúde 2005, no manifesto sobre atenção materno-infantil, da OMS, destaca que para a qualidade da assistência à gestação, parto e puerpério é necessário:

“Desenvolver a continuidade dos cuidados: O princípio que se encontra na base do desenvolvimento dos programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança é o da “continuidade de tratamento”. Esta expressão tem dois significados. Primeiro significa que os cuidados têm que ser prestados continuamente ao longo de todo o ciclo de vida, incluindo a adolescência, a gravidez, o parto e a infância. Segundo, indica que os cuidados têm que ser prestados garantindo relações de proximidade efetivas entre os cuidados prestados nos domicílios, na comunidade, no centro de saúde e no hospital. Perceber estas duas dimensões da “continuidade” dos cuidados tem consequências profundas no modo como os programas são organizados.”

“Tratamento profissional e competente durante o parto: Os países que tiveram sucesso em conseguir garantir uma maternidade segura têm algo em comum: garantem à mulheres grávidas o acesso a cuidados competentes e profissionais antes, durante e depois do parto. Como as complicações que ocorrem durante o parto não podem ser previstas e podem muito rapidamente tornar-se fatais, todas as mulheres e bebês sem exceção, precisam dos cuidados que apenas as parteiras, enfermeiras-parto, médicos e outros profissionais com competências obstétricas, podem prestar. Isto significa que os cuidados profissionais de primeira linha têm que estar disponíveis 24 horas por dia, todos os dias, para atender todas as mães e recém-nascidos, com o apoio na retaguarda de um hospital que possa garantir um nível de cuidados de referência 24 horas por dia, todos os dias, para as que deles necessitem.”



Assim, para trabalharmos no processo de humanização no pré-natal e parto/nascimento temos como modelo a Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro.

Em 1999 foi publicada a Portaria 9853, que institui os CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde. Define os requisitos necessários para sua abertura, equipe mínima e outros quesitos. Também nesse ano foi aberta no Ministério da Saúde, uma linha de financiamento para Construção / Implantação de Centro de Parto Normal, que recebeu inúmeros projetos. Destes foram aprovados 19 projetos, referentes a 33 Centros de Parto Normal, dos quais apenas uma minoria estão terminados e em funcionamento.

Em 1998 foi com a inauguração do Centro de Parto Normal de Sapopemba, na periferia de São Paulo, esta estratégia se concretiza no SUS criando este Estabelecimento de Atenção a Saúde. No Rio de Janeiro, foi inaugurada em 08 de março de 2004 a Casa de Parto David Capistrano Filho, em Realengo.

A Casa de Parto tem como referência o Hospital Maternidade Alexander Fleming, que fica a 07 km de distância. O acesso da gestante em situação de risco é garantido, assim como a ambulância para remoção em situação de emergência/urgência.

Com a grande procura pelo atendimento na CP tornou-se clara a necessidade de formação e grupos de acolhimento onde as mulheres/ casais/ famílias fossem orientadas sobre a proposta de atenção daquela Unidade, os limites de sua resolutividade e a formação dos profissionais que atuam na assistência. A clientela-alvo são gestantes de baixo risco definidas conforme o protocolo criado por uma equipe de especialistas e aprovado pela gerência do Programa de Saúde Mulher da SMS . Até o mês de junho de 2009 foram acolhidas 3768 gestantes, sendo 32,5% delas adolescentes.

A equipe de trabalho é composta por enfermeiras obstetras, auxiliares/técnico de enfermagem, assistentes sociais, nutricionista, auxiliares de serviços diversos, vigias, cozinheiras e motoristas da ambulância. Equipe que ao ser selecionada e treinada, tem uma permanente capacitação e todos possuem no mínimo 10 anos de experiência nesta área específica. As atividades desenvolvidas pela Casa de Parto são:

- Com a clientela: pré-natal, pós-natal, trabalho educativo, assistência ao parto e nascimento;
- Com a comunidade: trabalho educativo em escolas da região, igrejas, ONGs, rádio comunitária, associações de moradores;
- Com profissionais e alunos: capacitações e visitas técnicas, residência de enfermagem. Segue abaixo um detalhamento de algumas atividades.

Para realizar o pré-natal na casa de parto, a cliente e familiar é agendada para o grupo de acolhimento, onde são informadas sobre a filosofia da Casa, sobre as rotinas de atendimento, quem são as pessoas que trabalham na Casa. A inscrição no pré-natal é realizada mediante uma avaliação aplicando-se os critérios de risco e a escolha da gestantes dos serviços oferecidos, são solicitados os exames laboratoriais e faz-se o agendamento da consulta individual. O grupo termina com uma visita pelas instalações da casa. Em média 80 mulheres são acolhidas no pré-natal da Casa, a cada mês.



Reunião de acolhimento com as gestantes ingressantes na Casa.

Serviço Social

Todas as clientes inseridas na CP são encaminhadas ao serviço social, sendo traçado o perfil social da família. Mediante o diagnóstico social de cada cliente, é elaborado um plano de ação por estas profissionais, tais como: necessidade de documentação; licença maternidade, atividades educativas; suspeição de violência doméstica e encaminhamentos diversos.

Recentemente foi criado um grupo reflexivo sobre violência, coordenadas pelas assistentes sociais, com o objetivo de possibilitar as mulheres um espaço onde podem verbalizar suas questões.

Trabalho educativo

O trabalho educativo na CP tem por objetivo construir a possibilidade da mulher como sujeito no processo envolvendo sua família e apoiando-a nesta fase de sua vida, portanto fortalecer a cidadania e estreitar os vínculos (familiares, institucional e profissionais). Ele vem sendo desenvolvido através de oficinas, grupos de gestantes, atividades culturais envolvendo a comunidade.

As oficinas são organizadas por temas, e as mulheres e famílias vão participando ao longo do acompanhamento pré-natal. Os grupos usam como metodologia oficinas, dinâmicas, gincanas, discussões abertas e projeções de filmes relativos aos temas discutidos. Recentemente foi iniciado o grupo dos avós, com o objetivo de integrar a família nos cuidados com a mulher e bebê, principalmente no apoio amamentação.



Grupo de adolescentes

Incentivo ao Aleitamento materno

A Casa de Parto tem como objetivo incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo. Para isto, foram estabelecidos como meta os 10 passos da Unidade Amiga da Criança. Durante a gestação, as clientes são incentivadas a participar de oficinas de amamentação, onde se discute os mitos, o querer, as dificuldades, além do manejo. No final da gestação o tema é novamente inserido, quando se fala nos cuidados do recém-nascido.

Quando o bebê nasce, imediatamente é colocado no colo materno, fortalecendo o vínculo, através do contato olho a olho. O corte do cordão umbilical acontece tardiamente, apenas quando o mesmo para de pulsar e quase sempre é realizado pelo pai. Enquanto permanece no colo materno, a mãe é incentivada a oferecer o seio. O bebê permanece todo o tempo com a mãe e família na suíte. Um dos critérios de avaliação para a alta é se estabeleceu de forma efetiva a amamentação.

A cliente é informada todo o tempo que a Casa está aberta para retorno em qualquer dificuldade no processo, e isto fortalece a confiança da mesma. Todos os profissionais são sensibilizados e capacitados em cursos de aleitamento materno e trabalham efetivamente na promoção do mesmo. Na alta a cliente é encaminhada ao acolhimento mãe-bebê da rede básica, que também trabalha com as questões do aleitamento.

Acompanhamento Pré-natal

A rotina de pré-natal implantada na Casa de parto, segue as recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (2000). No momento a Casa realiza em média 800 consultas/mês.

A consulta pré-natal busca trabalhar as questões sociais, emocionais, familiares e culturais das clientes acompanhadas, além de envolver a participação do companheiro e da família.



Consulta pré-natal

Acompanhantes

Como um dos objetivos da CP é integrar a família no cuidado, é estimulada a participação de um acompanhante tanto nas consultas, como nos grupos e nos partos.

Têm sido uma experiência bastante positiva, tanto para a mulher como para os profissionais da Casa. Essa prática tem servido como fator de divulgação dentro da própria comunidade, além de aumentar a segurança das mulheres e seus familiares frente ao cuidado prestado pela equipe.

No ano de 2009, até o mês de maio, 99,3% das mulheres contaram com a presença de 01 ou mais acompanhantes de sua escolha durante todo o período de internação.

Acompanhamento Pós-Natal

A primeira consulta de pós-parto ocorre no 2º dia e depois no 5º dia. Se não houver intercorrências (dificuldades na amamentação, ganho insuficiente de peso, icterícia) é agendada consulta coletiva entre o 35º e 45º dia de nascimento. Nestas consultas além do exame físico da mãe e do bebê, são avaliados a amamentação e o vínculo familiar, levantadas as demandas da mulher e da família. Caso o profissional identifique algumas dificuldades, mais consultas são agendadas.

É preconizado pelo MS (2002), que a mulher retorne para conclusão do pré-natal pelo menos 01 vez até quarenta e dois dias após o nascimento.

Observamos que 100% das mulheres retornam para a avaliação pós-natal do 2º e 5º dia, e apresentam uma boa frequência na consulta coletiva.

É importante ressaltar que todas as crianças nascidas na Casa de Parto são encaminhadas para o acolhimento na rede básica, e saem com consultas de puericultura agendadas. a casa de parto.

Serviço de Pronto Atendimento (SPA)

O SPA é oferecido para as mulheres inscritas no Pré-Natal da CP que apresentem alguma intercorrência fora do dia da consulta. O número médio de consultas no SPA é de 160/mês, sendo que 10% foram removidas para a maternidade de referencia (HMAF) por motivos diversos.

**Assistência ao parto e nascimento**

São seguidas as diretrizes do MS(2000) e da OMS(1996), favorecendo práticas que facilitam a mulher assumir papel de sujeito no processo de parturição. A participação da família e do companheiro é estimulada durante todo o processo, respeitando o desejo da mulher.

A cliente é estimulada a fazer o Plano de Parto, que é anexado ao prontuário. No momento da internação os desejos expressos no Plano são cumpridos pela equipe plantonista. No acompanhamento do trabalho de parto e parto, os enfermeiros obstetras estimulam o parto ativo, através da utilização de tecnologias não invasivas de cuidado.

Até o mês de maio/2009, foram acompanhados 1350 partos e nascimentos na casa de parto. São utilizadas práticas não farmacológicas de alívio da dor e com base em evidências científicas. São utilizadas com frequência: água como elemento terapêutico através em imersão (banheira) ou arpersão (chuveiro), massagens, respiração consciente, ambiente tranquilo acolhedor promovido pela pouca luz, música etc , de acordo com o desejo da mulher. O sucesso deste modelo passa principalmente pela relação de respeito e confiança estabelecida.

Construindo a missão de ser centro de formação e pesquisa

- Residência em enfermagem: a Casa de Parto é campo de prática para O Curso de Especialização nos Moldes de Residência em Enfermagem Obstétrica, convênio da SMS e Faculdade de Enfermagem da UERJ.
- Capacitação dos enfermeiros do PSF: Realizadas 08 capacitações, com uma média de 18 enfermeiros por grupo. Cada curso teve duração de 60h, em pré-natal e trabalho educativo com gestantes. Além dos encontros reflexivos, os enfermeiros acompanham as consultas e participam das oficinas de gestante.
- Pesquisa: a Casa de Parto participa como cenário para pesquisas de campo da UERJ e outras Universidades, já tendo sido tema de elaboração de monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Todas cumprindo as recomendações da Resolução 196 que trata das pesquisas com seres humanos.
- Visitas técnicas: são agendadas visitas técnicas de cursos de graduação e nível técnico, de diversas áreas da saúde. Em média agendamos 02 visitas semanais, com média de 25 pessoas por grupo.

Avaliando os resultados

Os gestores locais e de nível central criaram um banco de dados construindo indicadores para acompanhamento e avaliação do serviço. A coordenação local realiza avaliação de todos os prontuários das clientes atendidas diariamente na Casa, nos diversos serviços oferecidos. Segue abaixo algumas estratégias de avaliação:

- Reuniões mensais com a equipe: nestas reuniões são realizados grupos de estudos, onde são discutidos casos, rotinas, mudanças de fluxos, além de apresentar os resultados perinatais. Parceria com a Faculdade de Enfermagem da UERJ, através de projeto de extensão universitária. Contatos sempre que necessários com a unidade de referência
- Avaliações contínuas com a Gerência do Programa da Mulher –SMS/RJ e com a Maternidade de Referência, onde são revistas o protocolo e as rotinas, além de discutir as dificuldades encontradas.
- Pela clientela: é oferecido impresso de avaliação do cuidado prestado, além de termos um livro de depoimento onde a mulher e familiar podem se expressar como quiserem.



A comunidade compreendeu a proposta de funcionamento da CP e as mulheres lá residentes que querem ter seus filhos em maternidades continuam tendo as mesmas possibilidades de antes de sua inauguração. A CP tem recebido inúmeras manifestações de apoio das usuárias e de seus familiares mesmo quando a mulher necessita de encaminhamento para a maternidade de referência e não pode continuar a fazer lá o seu acompanhamento. A possibilidade da participação de maridos/companheiros e outros familiares durante o pré-natal e trabalho de parto/parto é motivo de enorme satisfação para a população. Este direito garantido às clientes da CP fortalece os vínculos familiares, os vínculos com o bebê e também diminui as situações de violência doméstica e familiar.

A parceria nos cuidados à mulher e ao bebê estabelecido entre a equipe da CP, o PSF, as Unidades Básicas da área 5.1 e o HMAF, com o apoio da Coordenação de Área e da Coordenação dos Programas de Atenção Integral tem possibilitado uma verdadeira integração da rede de serviços. O número de mulheres que se inscrevem para o atendimento PN na CP vem crescendo progressivamente. Os resultados apresentados pelos indicadores obtidos quanto pela satisfação das usuárias, superam as expectativas da SMS/RJ com este modelo de atenção.

Efetivamente foi ampliado o acesso ao pré-natal para uma comunidade extremamente carente e também ampliado a oferta de atenção ao parto de baixo risco, o que permite que os leitos de maternidade estejam mais disponíveis para gestantes que efetivamente necessitem de cuidados médicos.

É possível aliar o desejo de parir de uma forma mais natural e participativa, com a segurança, acompanhamento e respeito as usuárias do Sistema único de Saúde, onde os seus princípios de equidade, integralidade e participação social são contemplados. O SUS que somos capazes de oferecer concretamente e cumprir a prerrogativa constitucional de saúde como um direito e um dever do Estado.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, JAC, Pensando sobre o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. 11(1): 67-84, Jan/jul, 2002.
- BASILE ALO. **Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda**. [dissertação] São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Secretaria Executiva/ Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Pacto de Indicadores de Atenção Básica. Série histórica e metas dos indicadores**. 2006.
- BRASIL. Portaria nº 3.016 de 19 de junho de 1998. **Cria o sistema estadual de referência para gestação de alto risco**. Brasília 22 de agosto de 1998, seção 1: 33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.816/98 GM de 29 de maio de 1998. **Determina o pagamento de um percentual máximo de cesariana em relação ao número total de partos de cada hospital no âmbito do SUS**. Brasília, 2 de junho de 1998, seção 1:48.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.815/98 GM de 29 de maio de 1998. **Inclui na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, e na tabela do sistema de informações ambulatoriais, o grupo de procedimentos parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra**. Brasília, 2 de junho de 1998, seção 1:48.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 163. **Cria o laudo de enfermagem para emissão da AIH de parto normal**. DOU de 22 de setembro de 1999.



- BRASIL. Portaria nº 888 de 12 de junho de 1999. **Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades – Modelo SUS**. Brasília 1999.
- BRASIL. Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999. **Dispõe sobre Criar o Centro de Parto Normal, no âmbito do SUS, para o atendimento a mulher no período gravídico-puerperal**. Brasília 1999.
- BRASIL. Portaria nº. 1.406 de 16 de dezembro de 1999. **Estabelece que os hospitais, sob coordenação estadual poderão ter diferentes limites para o parto cirúrgico, contemplando a complexidade de cada serviço obstétrico**. Brasília, 2 de junho de 1999, seção 1: 22.
- BRASIL. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS**. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 6.
- BRASIL. Portaria nº 570 de 1 de junho de 2000. **Institui o Componente I do PHPN - Incentivo à assistência pré-natal**. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 8.
- BRASIL. Portaria nº 571 de 1 de junho de 2000. **Institui o Componente II do PHPN – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal**. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 8.
- BRASIL. Portaria nº 572 de 1 de junho de 2000. **Institui o Componente III do PHPN – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto**. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 9.
- BRASIL. Resolução. Câmara de Ensino Superior nº 3 de 5 de outubro de 1999. Brasília, 1999.
- BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2007**. Acessado em 13/06/2009: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Brasília 1998. p. 17 a 21.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradims of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** v.75, p.5-23, 2001.
- FREITAS F, MARTINS-COSTA SH, RAMOS JGL, MAGALHÃES JA, **Rotinas em Obstetrícia**. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 680 p.
- HATEM M, SANDALL J, DEVANE D, SOLTANI H, GATES S, Midwife-led versus othermodels of care for childbearing women. **Cochrane Database of Sistematic Reviews** 2008, Issue 4. Art No.: CD04667. DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub2.
- POTTER, JP et al, Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil. **British Medical Journal**, v.323, p.1155-1158, 2001.
- RATTNER D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.30, p.19-33, 1996.
- REHUNA. **Rede pela Humanização do Parto**. II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. XV Encontro de Gestaçao e Parto Natural Conscientes. Rio Centro: Rio de Janeiro. 2005.
- TORRES J.A., SANTOS I., VARGENS O.M.C., Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.656-64, 2008.
- VILLAR J, VALLADARES E, WOJDYLA D, ZAVALETA N, CARROLI G, VELAZCO A, SHAH A et al. **Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America**. *Lancet* 2006, 367 (9525): 1819-1829.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Part I - Health-related Millennium Development Goals**. Acessado em 13/06/2009: <http://www.who.int/research/en/>

Anais da V Jornada de Enfermagem

O poder do cuidado: A saúde em diferentes contextos

Foz do Iguaçu, 25 a 27 de agosto de 2010



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial de Saúde 2005 – Para que todas as mães e crianças contem.** Acessado em 13/06/2009: <http://www.who.int/research/en/>
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate Technology for Birth**, Lancet 1985, 2: 436-437.

Contato: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br



INDICADORES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

Maria de Lourdes de Almeida

Enfermeira, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Bolsista da Fundação Araucária do Paraná.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde; cuidados de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade.

Esta apresentação tem como objetivo discorrer sobre a qualidade em Saúde e na Enfermagem e apresentar os Indicadores da Assistência de Enfermagem bem como a sua construção e aplicação na prática de Enfermagem. O contexto da qualidade e uso de instrumentos de avaliação visam atender as demandas por cuidados em saúde e consideram a elevação dos custos para manutenção dos serviços, recursos limitados disponíveis, usuários mais conscientes de seus direitos, processo de trabalho em saúde e Enfermagem (MOTA, MELLEIRO, TRONCHIM, 2007). Por ser na atualidade a assistência hospitalar onerosa. Questiona-se se a sua qualidade corresponde ao custo (ZANOM, CHAVES, BOLDT, 2006). A qualidade em saúde está relacionada ao alto nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, mínimo risco para o paciente, alto grau de satisfação por parte do paciente e impacto final na saúde. O desafio para a qualidade na Enfermagem está em descobrir e eliminar as falhas na assistência e estimular a participação da equipe no processo decisório e na melhoria contínua da assistência e elaborar um trabalho a longo prazo com vistas ao desenvolvimento de sua equipe (FELDMAN, 2006) e tem como objetivo a detecção de falhas, erros e risco de ocorrências de eventos adversos aos clientes assistidos, assim como buscar possíveis intervenções que, ao serem implementadas, possam garantir melhores práticas e otimizar os resultados esperados, além de planejar estratégias para o aprimoramento da equipe e seu melhor desempenho. Os indicadores sintetizam, representam e dão significado ao que se quer avaliar e são válidos num contexto específico. Em saúde têm-se os indicadores de estrutura, processos e resultados. Para a construção de indicadores é necessária a definição do indicador, a construção de uma fórmula para o cálculo e definir o responsável pela coleta do dado a ser analisado, definir a frequência do levantamento e ainda a dimensão da coleta, e estabelecer as correlações e subsídios para a tomada de decisão (MOTA; MELLEIRO E TRONCHIN, 2007). Como exemplos de indicadores objetivos: úlcera por pressão, flebite de cateter de inserção periférica, extubação acidental, queda de leito de pacientes, infecção hospitalar, perda de sonda nasogástrica, orogástrica e nasoentérica (DENSER, 2005; FELDMAN, 2006, LUNARDON, 2008; TRAVINSKI, 2008; VENTURI, 2009). Como indicadores subjetivos: Percepção do cliente sobre a permanência na UTI; Classificação da assistência de enfermagem intensivista na visão do cliente; Fatores que mais incomodam o cliente durante a hospitalização na UTI; Clientes expressando sugestões para melhorar a assistência na UTI (SOUZA *et al.*, 2006). Considera-se que o uso de indicadores deve ser incorporado a prática profissional do enfermeiro, independente do cenário de atuação, haja vista que estes apontam as falhas e desempenho na assistência, além de dar visibilidade ao trabalho de enfermagem, identificar oportunidades de melhoria e auxiliar na tomada de decisão rápida e adequada. Os indicadores subsidiam o planejamento da assistência e instrumentalizam os gestores para avaliarem os processos com racionalidade e criticidade, pois, isto é imprescindível para a avaliação da qualidade.



REFERÊNCIAS

- TRONCHIN, D. M. R; MELLEIRO, M. M.; MOTA, N. V. V. P. Indicadores de qualidade de Enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar”. **O Mundo da Saúde de São Paulo**, v. 30, n.2, p.300-305, 2006.
- ZANON, U. **Qualidade da Assistência Médico-hospitalar**. Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- DENSER, C. P. A. C. Indicadores: instrumento para a prática de Enfermagem com qualidade. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- SOUZA, S.R.O.S.; SILVA, C.A.; MELLO, U.M.; FERREIRA, C. N. Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 201-205, 2006.
- FELDMAN, L. B.. Critérios para Avaliar o Serviço de Enfermagem. In: INNOCENZO, M. D; FELDMAN, L. B.; FAZENDA, N. R. R; HELITO, R. A. B; RUTHES, R. M. **Indicadores, Auditorias, Certificações: Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.
- LUNARDON, A **Avaliação de indicadores da qualidade do cuidado de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade federal do Paraná, 2007.



HUMANIZANDO O CUIDADO

Olga Vânia Matoso de Oliveira

Consultora técnica - Política Nacional de Humanização (PNH), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)-Ministério da Saúde (MS)

Palavras-chave: humanização, cuidado, política pública, sistema único de saúde.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - PNH foi lançada pelo Ministério da Saúde, em março de 2003 e na 12ª Conferência Nacional de Saúde, no mês de novembro deste mesmo ano. Em 2004, foi pactuada na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e apresentada ao CNS (Conselho Nacional de Saúde), em sua 141ª Reunião Ordinária.

APRESENTAÇÃO DA PNH

A PNH, que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- a. Traduzir os princípios do SUS em propostas claras de intervenção no campo da saúde;
- b. Orientar as práticas de atenção e de gestão do SUS, a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando o ser humano e os serviços;
- c. Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos e,
- d. Contagiar a rede SUS, por atitudes/ações humanizadoras, incluindo gestores, trabalhadores e usuários.

A PNH tem como princípios:

- a) A *transversalidade* – que significa aumentar a comunicação intra e inter-grupos incrementando a sociabilidade entre segmentos que atuam em separado, de forma fragmentada por disciplina, campo de saber, ampliando grupalidades, ou seja, da individualidade para a coletividade. E, além disso, estar presente nas demais políticas públicas e programas de saúde e não ser uma política a mais para ser implantada, descolada das demais.
- b) A *inseparabilidade entre atenção e gestão nos processos de produção de saúde* - que pode ser traduzida como a parcela que cabe ao usuário na promoção/recuperação de sua saúde, ou seja, sair da posição de cumprir o que o profissional de saúde prescreve para si. E também o papel que cabe ao trabalhador, em relação à gestão de seu trabalho, enfrentando a realidade e saindo do papel de executor de tarefas planejadas por outros. Ambas as situações constituindo a democratização institucional.
- c) *Autonomia e protagonismo do sujeito*- que significa criação, invenção coletiva, a partir do conhecimento, participação e responsabilização de cada um, seja gestor, trabalhador ou



usuário. Esse três atores responsáveis pela efetivação dos princípios e diretrizes do SUS têm, conforme a relação no processo de trabalho, direitos e deveres, quando contratam (pactua) entre si responsabilidades nos processos de gestão e de atenção.

O método da PNH é o da tríplice inclusão, que significa, por meio de *rodas de conversa*, incluir os gestores, trabalhadores e usuários. Ao fazê-lo, surgem as diferenças, os conflitos, as perturbações, as disputas de poder, o que para a PNH, constituem a fonte para reorganização do processo de trabalho e construção de rede de atenção à saúde e dessa com outras redes, uma vez que a Saúde não contempla todas as necessidades da população.

As diretrizes da PNH expressam o método da inclusão: acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, defesa dos direitos dos usuários na saúde, gestão participativa e cogestão, fomento das grupalidades, coletivos e redes e memória do SUS que dá certo

Os dispositivos da PNH, tecnologias ou modos de fazer humanização no SUS, são implantados, mas não constituem o fim do processo, pois um pode disparar a implantação de outro, exatamente por não serem estanques. São eles: *acolhimento e classificação de risco; equipe de referência e apoio matricial; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde* (gerência de “porta aberta”, ouvidoria); *visita aberta e direito a acompanhante; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; grupo de trabalho de humanização e câmara técnica de humanização; projeto co-gerido de ambiência; colegiado gestor e contratos de gestão.*

O CUIDADO EM SAÚDE E A APOSTA DA PNH NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

O cuidado está presente no cotidiano do ser humano e faz parte de sua essência, pois todos nós necessitamos de cuidado. O cuidado em Saúde designa uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

A PNH aposta em que:

- a prática do cuidado se efetive pelo encontro entre sujeitos atuando um com o outro;
- o cuidado pressuponha ser a pessoa que cuida agente ativo e participativo sobre o seu próprio trabalho;
- o cuidado tenha como alvo: a família e a comunidade e a saúde dos trabalhadores da saúde.
- o cuidado se constitua como “uma responsabilidade social” que não se limita a uma ação de reparação dos sintomas, porquanto engloba um universo de ações - reconstrução das práticas:
 - ✓ ampliação do conceito “saúde”;
 - ✓ atendimento x encontro;
 - ✓ dimensão dialógica do encontro;
 - ✓ permeabilidade do técnico ao não-técnico;



- ✓ não encarar qualquer relação terapêutica como iniciando exatamente ali, no momento do primeiro encontro;
- ✓ dar significado e sentido não apenas à saúde, mas ao projeto de vida da pessoa durante o encontro;
- ✓ pensar terapêuticas para além do âmbito restrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele.

Como Interagir com a PNH:

Fale Conosco - humanizasus@saude.gov.br

Site HumanizaSus - www.saude.gov.br/humanizasus

Biblioteca Virtual da Saúde – MS www.saude.gov.br/bvs/humanizacao

Rede HumanizaSUS - www.redehumanizasus.net



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – EXPERIÊNCIA DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ – PR.

Marinaldo José dos Santos¹ e Hellen Carla Rickli²

¹Enfermeiro, Chefe da Divisão de Atendimento/DEE do Hospital Universitário de Maringá, UEM – PR. .

²Enfermeira, Encarregada da Divisão de Atendimento/DEE do Hospital Universitário de Maringá. UEM – PR.

Palavras-chave: acolhimento, classificação de risco, serviço hospitalar de admissão de pacientes.

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da implantação do acolhimento com classificação de risco da Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário de Maringá, assim como os passos que foram necessários para sua concretização. Planejar o acolhimento tem como finalidade a reorganização do processo de trabalho para atendermos as necessidades das pessoas que buscam a unidade de saúde, tendo como referenciais a universalidade, a integralidade e a equidade e, principalmente a busca de autonomia e a responsabilização pelo cuidado na saúde (BRASIL, 2009) . O Hospital Universitário de Maringá caracteriza-se por ser um Hospital de Ensino da Universidade Estadual de Maringá e hospital de porte tipo II por meio da Portaria/GM nº. 2.224 de 05 de dezembro de 2002 e Portaria Interministerial nº. 1000, de 15 de abril de 2004. Seu atendimento é direcionado integralmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sua clientela pertence à população de Maringá e região (abrangência da 15ª Regional de Saúde do Paraná), com ampliação de sua rede de atendimento. A capacidade do pronto socorro é de 31 leitos, com média de atendimento de 180 pacientes/dia. Observa-se acúmulo e permanência de pacientes em observação por mais dias do que o preconizado, tendo em vista a ausência de leitos para internação no município. Para se atender a essa demanda o município de Maringá estabeleceu algumas medidas para a reorganização da atenção nas urgências e emergências com também na atenção básica, permitindo assim ao Pronto Socorro do Hospital Universitário de Maringá a reorganização de seu atendimento, utilizando-se a Política Nacional de Humanização – PNH e o Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR (BRASIL, 2007; 2009). Desta forma nesse momento de discussão tem-se como objetivo informar as estratégias utilizadas pela equipe de atendimento da unidade de pronto socorro para a implantação deste acolhimento com classificação de risco. Para isso desde 2008 utilizou-se como estratégia a discussão por meio de oficinas de trabalho para a integração de todos da equipe do pronto socorro e para a reorganização do fluxo de atendimento, bem como o levantamento de outros fatores para a organização do processo de trabalho. Algumas ações foram executadas tendo como base as diretrizes do PNH/ACCR: a) ambiência – revitalização dos setores do pronto socorro, tornando os espaços mais adequados à necessidade da clientela. b) contratação de pessoal para atender as necessidades do serviço com a implantação do ACCR; c) realização de oficinas com os gestores municipais e estaduais para a reorganização da assistência no município; d) elaboração de protocolo para atender a demanda do acolhimento com classificação de risco. Atualmente com a adesão da equipe médica e de enfermagem tem-se como proposta a implantação final desta classificação de risco para atender às necessidades do serviço. Com a finalidade de nos aproximarmos desta tecnologia de humanização do cuidado visitamos alguns serviços nas cidades de Belo Horizonte – MG; Porto Alegre – RGS; Campinas – SP, entre outros. Consideramos que a divulgação desta estratégia e sua implantação em nosso serviço têm contribuído para o



direcionamento de uma atenção de maior qualidade aos usuários deste pronto socorro e, ainda a participação coletiva nas práticas de saúde dos trabalhadores e gestores do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)



**MAPA DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU:
PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL
(PAIR)**

Keli Cristina Cofsevicz¹, Célia Hilária Ortellado¹, Marcos Augusto Moraes Arcoverde².

¹ Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu.

² Docente, Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu.

Palavras-chave: violência sexual, criança, adolescente, exploração sexual.

INTRODUÇÃO

O abuso e a exploração sexual são fenômenos complexos, de difícil enfrentamento, inserido num contexto histórico-social de violência endêmica, de profundas raízes culturais. Somente na década de 90 crianças e adolescentes passaram a ser considerada juridicamente um sujeito de direitos, sendo que até muito recentemente ela foi definida como objeto de tutela, incapaz, menor, com as obrigações de obediência e submissão. O maior avanço em nossa legislação em relação a crianças e adolescentes foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069/90 (BRASIL, 1990). A ruptura com os padrões antigos e a construção de uma nova cultura de proteção e respeito aos direitos humanos implica, além de denunciar permanentemente a quebra do respeito, tende a garantir todos os direitos básicos de um ser humano com a prerrogativa da prioridade exigida em decorrência da efemeridade da infância e da adolescência.

O fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil foi incluído na agenda da sociedade civil como uma questão relacionada à luta nacional e internacional pelos direitos humanos de crianças e de adolescentes, preconizados na Constituição Federal Brasileira, no ECA - e na Convenção Internacional dos Direitos da Criança.

Diversas iniciativas já foram propostas para o enfrentamento desse problema, e uma delas é o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil (PAIR) no Território Brasileiro. Esse programa vem sendo aplicado em algumas regiões do país.

Em 2009 a metodologia do PAIR foi expandida para 15 cidades de fronteira entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, através da implantação da Rede Regional de Luta contra o Tráfico de Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual na Região do Mercosul, formando o PAIR Mercosul. Desse contexto, o PAIR Mercosul em Foz do Iguaçu iniciou em 03/06/2009 com a articulação política e assinatura do Termo de Adesão pelo Gestor municipal 22/10/2009.

Pelo exposto, o objetivo deste trabalho é descrever as áreas de vulnerabilidade do município de Foz do Iguaçu em relação à violência sexual, exploração e tráfico de crianças e adolescentes para fins de exploração sexual.



METODOLOGIA

No dia 22 e 23 de outubro também teve início o treinamento dos pesquisadores e bolsistas para aplicação do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP). A coleta de dados se deu com o preenchimento de 74 formulários de diagnóstico a qual foi finalizada no mês de maio de 2010.

Em Foz do Iguaçu o Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) para verificação da situação da Rede de Serviços de Proteção e da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes se estabeleceu a partir da mobilização de 58 entidades, CMDCA – Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente, Conselho Tutelar, Polícia Federal, Unidades Básicas de Saúde ou do Programa Saúde da Família, Poliambulatório, Hospital Ministro Costa Cavalcanti, Unidades do Programa Atitude, CRAS – Centro Regional de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro Comunitário da Vila C, Colégios Estaduais, Secretaria de Assistência Social, Escritório Regional Estadual da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, Entidades Não Governamentais.

Participaram ainda nove Agentes Comunitários de Saúde, e 14 Adolescentes protagonistas das cinco regiões de Foz do Iguaçu indicados pelo Programa Atitude. Assim, foram preenchidos o total de 74 formulários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Foz do Iguaçu não dispõe de um sistema unificado para consolidação de dados sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes ou mesmo sobre outras violências. Mas, as informações coletadas junto aos atores da rede dão um panorama do fenômeno no município, a partir do conhecimento de parte dos entrevistados e dos registros de algumas instituições. Importante ressaltarmos que nem todas as entidades participantes da DRP nos forneceram informações sobre o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e também tiveram bastante dificuldade na identificação dos casos de acordo com a modalidade de violência sexual apresentadas no momento da entrevista. Das 40 instituições de atendimento e prevenção participantes da DRP, quando indagadas se, de acordo com os registros existente, é possível afirmar a existência da violência sexual contra crianças e adolescentes no município, 28 entidades afirmaram a existência, 10 disseram que não existia, 01 não respondeu e 03 informaram não saber.

Apesar de algumas instituições de atendimento e prevenção afirmarem a inexistência de casos de violência sexual ou até afirmarem não saber, a demanda existe em Foz do Iguaçu e chega às instituições. Podemos verificar este fato na contradição das respostas quando indagamos sobre a porta de entrada da demanda para os casos de violência sexual. Ficou claro o não comprometimento com o fluxo de encaminhamento, nem tampouco o registro de tal informação.

O Serviço de Denúncia disponível no município 0800451407 que comporta 90% das denúncias de Violência Contra Crianças e Adolescentes foi apontado neste diagnóstico apenas por três instituições, as outras 37 demonstraram não ter conhecimento do mesmo, indicando a Ouvidoria, o Ministério Público, Escola, Núcleos, Lideranças, Delegacia geral e específica, como outros canais de denúncia.

Ao final do trabalho foi possível identificar as regiões de vulnerabilidade e número de relatos / casos de situações que envolvessem violência sexual infantil e de adolescente,



exploração sexual e tráfico para fins de exploração sexual de crianças e adolescentes. Os dados após analisados foram descritos conforme a Tabela a seguir:

TABELA: Distribuição da violência sexual em Foz do Iguaçu – 2010.

Exploração Sexual	Tráfico para Fins de Exploração	Pornografia	Turismo Sexual	Abuso Sexual IntraFamiliar	Abuso Sexual Extrafamiliar
Portal da Foz – (05); Porto Meira Região Central e Shopping JI Cataratas (03); BR 277, Av. Brasil, Parque Presidente, Cidade Nova, Av. Costa e Silva, Ponte da Amizade, , Jardim Jupira, CTG Charrua (02); Hotel Rafain, Moteis, Ponte da Amizade, Murumbi, Av. Morenitas, Três Lagoas, Av. Jk, Av. Primeiro de Maio(01) Origem das crianças e dos adolescentes: Morumbi (03); Porto Meira, Três Lagoas e Cidade Nova (02); Região Central, Portal da Foz e Vila C (01)	Região da Ponte, Paraguay (01) Origem das crianças e dos adolescentes: Três Lagoas, Vila C, Cidade Nova e Paraguay (01)	Vila C, Porto Meira (01) Origem das Crianças e dos adolescentes: Baixo Foz, Três Lagoas, Vila C e Cidade Nova (01)	Centro da Cidade, Fronteira, Cidade Nova (02); Porto Belo, Vila A, Porto Meira, Jd. Jupira, Três Lagoas, BR 277 e Vila C (01) Origem das crianças e dos adolescentes: Três Lagoas, Vila C e Cidade Nova (01)	Cidade Nova (06); Vila C e Porto Meira (04); Morumbi e Portal da Foz (03); Três Lagoas (02); Região Central, Av. Morenitas, BR 277, Jd. Jupira, Jd. Itália (01); Origem das Crianças e Adolescentes Porto Meira e Cidade Nova (02); Centro, Portal da Foz, Morumbi e Av. Morenita (01)	Cidade Nova (04); Vila C, Morumbi e Porto Meira (03); Três Lagoas e Portal da Foz (02); Fronteira, Jardim Carla, Guarda Mirim, Favela, BR 277 (01) Origem da Criança e Adolescentes Cidade Nova (04); Porto Meira (02); Portal da Foz, Três Lagoas e Morumbi, Vila C (01)

Obs.: Está em parênteses o número de vezes que a região foi mencionada na referida forma de violência

CONCLUSÕES

Este trabalho constitui um dos possíveis olhares para a investigação do fenômeno Violência Sexual no município. As informações que foram fornecidas pelos atores da Rede de Atendimento e Proteção contaram com a participação bastante significativa de colaboradores e nos mostraram aspectos de uma realidade vivida cotidianamente pela população infanto juvenil na sua relação com as entidades. Pelo apresentado podemos concluir que a violência sexual mostra-se, de certa forma, dispersa no município, no qual foi possível identificar várias regiões de



vulnerabilidade para crianças e adolescentes no que se refere às diversas formas de violência sexual e violação de alguns dos seus direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** – Lei 8069/90; Brasília, 1990.

LOPES, J. E. et al. **Diagnóstico rápido participativo-Relatório final 2010**, Foz do Iguaçu, Unioeste , 2010.



O ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO DO MÉTODO CONTRACEPTIVO DEFINITIVO MASCULINO – VASECTOMIA

Maria Socorro da Paz Gomes da Silva¹; Marcos Augusto Moraes Arcoverde²

¹ Enfermeira Bacharel em Enfermagem. Faculdade União das Américas – Uniamérica

² Docente do Curso de Enfermagem, Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus Foz do Iguaçu.

Palavras-chave: enfermeiro; vasectomia; homem; assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata-se do relato de um projeto assistencial de enfermagem desenvolvido como TCC (trabalho de conclusão de curso), visando realizar levantamento de problemas referente ao planejamento familiar, incluindo o homem na orientação do enfermeiro em específico no método contraceptivo definitivo masculino (vasectomia).

Devido falta de esclarecimentos e divulgação desse método, muitos casais não têm usufruído dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde no município de Foz do Iguaçu. Segundo Ministro Temporão; “temos que sensibilizar a população, mostrando que o método da vasectomia em homens acima de 25 anos, com dois filhos ou mais está dentro da portaria do Governo. E ele pode fazer um procedimento simples, pouco traumático, que não vai gerar nenhum transtorno para o organismo desse indivíduo e qualquer vasectomia pode ser revertida” (GLOBO, 2008).

Outros problemas encontrados na rede básica de saúde é a falta de material educativo em planejamento familiar que tem sido frequentemente apontado e o despreparo dos profissionais, o que dificulta o acesso do usuário às informações. Há ainda a falta de recursos humanos e espaço físico adequado, o que resulta em grande fila de espera, complicando o atendimento às solicitações de esterilização que contribui para a existência de demanda reprimida (OSIS, et al. 2009).

Dessa forma, a problemática fez com que o projeto fosse desenvolvido com intuito de proporcionar melhorias no acesso ao serviço prestado pelo SUS. Cabendo ao enfermeiro orientar de modo geral a população a respeito da contracepção no planejamento familiar, incluindo a vasectomia no homem, possibilitando uma satisfação do usuário nos serviços prestados com garantia de bem estar físico e psíquico.

Considerando o esclarecimento, a realização do projeto, contribuiu com orientações ao usuário; divulgações; e encaminhamento para realização do procedimento, visando resultados satisfatórios no aperfeiçoamento e qualidade na execução dos serviços prestados.

Mediante o exposto os objetivos deste projeto assistencial foram: 1) Realizar educação em saúde com o homem a respeito do planejamento familiar, em específico a vasectomia. 2) Promover assistência de enfermagem voltada à saúde do homem referente à esterilização cirúrgica. 3) Identificar as necessidades de cuidado dos homens atendidos.

METODOLOGIA

O projeto foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do Portal da Foz e Vila Yolanda, onde são realizadas as palestras e feito encaminhamento para esterilização cirúrgica no homem em Foz



do Iguaçu. Por se tratar de um projeto assistencial, este trabalho terá como método o relato de experiência.

Como metodologia do projeto assistencial foi utilizada a Consulta de Enfermagem, palestras e orientações. Todas essas atividades eram direcionadas aos homens e aos casais que procuravam o serviço de saúde para buscar um método contraceptivo definitivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do projeto visualizou a orientação e divulgação da vasectomia, entendendo que é uma tarefa do enfermeiro prestar assistência e orientar o usuário do serviço, prevendo necessidades, restrições e cuidados específicos. Esses procedimentos podem ser realizados na Consulta de Enfermagem.

Segundo Burk (2003, p. 13), Consulta de Enfermagem “é uma atividade diretamente prestada pelo enfermeiro ao cliente, através do qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuem à promoção, recuperação ou reabilitação do cliente”.

Inicialmente, foram realizados alguns encontros em grupos. Os encontros de grupos ocorreram intercalados nas quintas-feiras nas UBSs (Unidades Básicas de Saúde) da vila Yolanda e Portal da Foz, no segundo semestre de 2009. As ocorrências de cada reunião foram cuidadosamente observadas e anotadas, assim como as falas e, posteriormente, os registros foram organizados seqüencialmente de acordo com as datas das reuniões, que aconteciam em forma de palestras e bate-papo com troca de experiências. Eram utilizados também materiais didáticos como cartazes e banners para divulgação do método. Os encontros ocorriam com casais que compareciam, mas eram direcionadas aos homens que após a palestra geral, passavam por entrevista individual e orientações de enfermagem.

No dia 16 de junho pela manhã conheci a UBS do Portal da Foz, onde a enfermeira me acolheu com muita atenção me passando as agendas de palestras do Planejamento Familiar. Dia 18 de junho das 07h30min às 11h00min; participei da palestra na sala de reuniões da unidade citada juntamente com o público alvo, onde a Psicóloga me apresentou como estagiária do 8º período de enfermagem da Uniamérica, dizendo que estaria desenvolvendo um projeto sobre divulgação e orientações de enfermagem a respeito do método contraceptivo cirúrgico vasectomia, nas reuniões de planejamento familiar, como TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Ao encerrar a palestra com o público geral foram realizadas as entrevistas individuais com as candidatas à laqueadura e homens que se submeteram a vasectomia, quando é realizado o preenchimento de cadastros do programa e assinado termo de compromisso devendo ter registro em Cartório; na seqüência juntamente com o médico, psicóloga e enfermeira da unidade avaliamos os cadastros.

No dia 25 de junho, na quinta-feira seguinte conheci a UBS da vila Yolanda onde também fui muito bem acolhida pela enfermeira local, apresentada pela psicóloga ao grupo e participei da palestra, sendo seguido o mesmo sistema de trabalho realizado no mesmo período de tempo onde a psicóloga e médico do programa são os mesmos que atendem nas duas unidades, diferenciando somente as enfermeiras em cada unidade.

No dia 02 de julho, já realizei a primeira palestra no Portal da Foz, alertando a população referente às DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis); laqueadura e vasectomia, enfatizando que as mulheres presentes pudessem levar informações aos maridos, amigos e vizinhos, deixando bem claro de forma convincente que a vasectomia além de ser um método simples e eficaz com poucas complicações, uma vez que o homem foi encaminhado preenchendo os requisitos exigidos, é certo que



a cirurgia vai ser realizada, sendo também um método mais econômico, enquanto que a laqueadura ou ligadura de trompas, além de ter custo mais alto, a mulher vai para a sala de parto sem ter certeza se vai ou não realizar o procedimento; pois a mesma dependerá do médico plantonista dependendo do seu estado de saúde ou se for caso extremo como hipertensa e outras complicações do parto, caso contrário as mesmas devem voltar após 30 dias para remarcar a cirurgia.

Seguindo o cronograma no dia 09 de julho na vila Yolanda onde todas as dúvidas eram esclarecidas, e a maioria dos homens que acompanhavam as mulheres para realização da laqueadura revertia o quadro, passando então ele a se submeter à vasectomia. No dia 16 de julho a palestra foi no Portal da Foz; dia 23 de julho na vila Yolanda; dia 30 de julho no Portal da Foz; dia 06 de agosto na vila Yolanda; dia 13 de agosto no Portal da Foz; dia 20 de agosto na vila Yolanda; dia 27 de agosto no Portal da Foz.

No dia 19 de novembro na vila Yolanda e dia 26 de novembro no Portal da Foz, retornei as Unidades para conclusão do projeto e despedida da equipe.

CONCLUSÃO

Tempos atrás as pessoas não se programavam para ter filhos. A respeito da reprodução de um ponto de vista masculino permite, de fato, enfatizar as relações de poder entre homens e mulheres, vistos como pólos socialmente construídos de uma relação. Este trabalho mostrou ser possível ampliar as práticas contraceptivas, tal como vividas pelos homens, podendo ser mais bem compreendidas se entendidas, levando-os a encontrarem alternativas para as dificuldades com a vasectomia.

Nesse estudo, confirmaram-se através das teorias citadas e das práticas desenvolvidas durante o projeto que as conseqüências reprodutivas da prática sexual masculina parecem levar parte dos homens a repensar seu alheamento com relação à contracepção.

A vasectomia esbarra na expectativa masculina das novas gerações que necessitam de programas educativos para que mães não tenham suas vidas expostas à fecundidade e que o homem tenha uma participação ativa na contracepção, mesmo sabendo da existência de boa parte dos métodos contraceptivos, informações sobre sua eficácia e implicações.

Este nível de informação que o programa de planejamento familiar abarca, consiste na ampla difusão nas camadas médias urbanas no Brasil, entendendo que ter filhos é uma questão de escolha.

No momento social em que vivemos, o combater a desinformação de homens e mulheres será o diferencial.

REFERÊNCIAS

- BURK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão a ação**. São Paulo: Guanabara Koogan, p. 13, 2003.
- O GLOBO. **Médicos querem mais divulgação da vasectomia pelo SUS**. Disponível em: <http://www.oglobo.globo.com/pais/mat/2008>; 04 de fev. Acesso em: 13 abril de 2009.
- OSIS, M. J. D. et al. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 625-634, 2009. Acesso em: 15 de maio de 2009.

Contato: Maria Socorro da Paz G. da Silva **fone:** 9946-2466 **email:** enfermeira_da_paz@hotmail.com



A VISÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 1º E 4º ANO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADA DA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SURDOS

Marcos Augusto Moraes Arcoverde¹, Juliana Sotello dos Santos² e Luciane Galdino².

¹ Docente do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

² Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Faculdade União das Américas.

Palavras-Chave: estudante de enfermagem; surdez; enfermagem; comunicação.

INTRODUÇÃO

Segundo o dicionário Aurélio, surdez é definida como perda ou diminuição considerável do sentido da audição (FERREIRA, 2004). Conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2000, estima-se que existam no Brasil cerca de 5.735.099 pessoas portadoras de deficiência auditiva (IBGE, 2000.). Mesmo tendo em mãos informações como estas, em que uma parcela significativa da sociedade é acometida por este tipo de deficiência, percebe-se pouco interesse dos profissionais de saúde com relação ao preparo profissional para atender adequadamente as necessidades deste público. A falta de interesse dos profissionais em relação a esta temática pode ser vista como consequência de sua própria formação acadêmica que não o prepara para o atendimento desse público. Para Pagliuca, Fiuza e Rebouças (2007) é de suma importância um maior preparo dos profissionais durante a formação acadêmica, através de ofertas de disciplinas ou cursos que promovam essa capacitação e sensibilização.

No Brasil o acesso de um indivíduo a uma adequada assistência de saúde está assegurado através das diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde – SUS. Para Cianciarullo Gualda e Melleiro (2001), a assistência à saúde é um método contínuo, sistematizado que visa coletar e julgar informações sobre o paciente, a fim de interpretar possíveis necessidades físicas, psíquicas ou sociais, para que se possível restabelecer a saúde ao mesmo. Para que se tenha a assistência de enfermagem, uma comunicação adequada é imprescindível, e isso não foge a regra quando o assunto é assistência de enfermagem aos surdos. Porto, Chaveiro e Barbosa (2008) afirmam que:

“A comunicação é uma importante ferramenta para os profissionais da saúde no diagnóstico e no tratamento, pois faz parte deles instruções verbais de variados procedimentos, cujo resultado pode ser comprometido pela não compreensão das partes envolvidas”

Para se manter uma comunicação entre paciente e enfermeiro é necessário que o profissional tenha o mínimo de conhecimento sobre a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e as peculiaridades de uma pessoa surda. As consultas de enfermagem feitas sem estes conhecimentos ficam comprometidas, mesmo que não se conheça a fundo a Libras é necessário conhecer e identificar o significado de gestos e expressões.



O ponto de partida para uma assistência de enfermagem qualificada seria a adequada comunicação entre o enfermeiro e o cliente. Sem a comunicação adequada à assistência de enfermagem fica comprometida e muitas vezes afastando o surdo do serviço de saúde.

A barreira da comunicação entre o enfermeiro e o surdo, não deve ser o fator predominante durante a assistência de enfermagem, mas sim a superação deste bloqueio, para que as limitações não empessem uma assistência de qualidade. É através de uma comunicação eficiente que o enfermeiro poderá ajudar o cliente a entender seus problemas, enfrentá-los e encontrar alternativas para solucioná-los. Além disso, poderá compreender a visão do surdo, o seu modo de pensar, sentir e agir. Entendendo as suas reais necessidades e assim estar apto a prestar uma assistência adequada.

Mediante o exposto o objetivo deste trabalho foi identificar a percepção dos acadêmicos do 1º e 4º ano do curso de enfermagem sobre a assistência a pessoas surdas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória. Para realização desta pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário envolvendo perguntas abertas e fechadas. O trabalho foi desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior Privada do Município de Foz do Iguaçu. A amostra consistiu de trinta participantes. Sendo que dezesseis elementos estavam no 1º ano da graduação e quatorze estava no 4º ano. A coleta de dados foi realizada através da aplicação da técnica de questionário auto preenchido pelos acadêmicos, no final do ano letivo de 2009.

Os dados foram analisados estatisticamente envolvendo as porcentagens estratificadas

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o questionário 100% dos acadêmicos participantes indicam que a instituição de ensino superior onde estudam não oferece suporte para que os alunos sintam-se preparados para atender ao paciente surdo, ao analisarmos a matriz curricular do curso, verifica-se a ausência de disciplina que enfoque a atenção a portadores de necessidades especiais, entretanto a instituição oferece a disciplina “LIBRAS” como optativa para todos os cursos. Assim, o que precisa ser levado em consideração é a razão pela qual esses estudantes participantes não tiveram acesso a essa disciplina, ou mesmo, se tiveram, o porquê sentem-se despreparados.

Perguntado á eles quais os possíveis meios que a instituição possa adotar para melhorar a formação acadêmica preparando-os para uma assistência de qualidade aos surdos as respostas mais citadas foram por meio de uma disciplina especifica que abordasse a assistência ao surdo e através de cursos de extensão, isso reforça o desconhecimento da optativa existente.

Os acadêmicos deste estudo acreditam que a presença de uma disciplina que os capacite para desenvolver uma comunicação com os surdos é essencial para a grade curricular, uma vez que através de uma comunicação adequada com a clientela surda, melhor e mais eficaz será o atendimento desenvolvido pelo profissional de Enfermagem.

Todos os acadêmicos participantes compreendem que os surdos não possuem aprendizado retardado, que apesar da deficiência o surdo pode desenvolver suas faculdades normalmente e ainda pode desenvolver habilidades mais apuradas que os ouvintes.



Como formas de melhorar a qualidade da assistência prestada ao surdo os acadêmicos consideram ações importantes como a presença um interprete nas unidades de saúde para mediar à comunicação entre enfermeiro e surdo ou que o próprio enfermeiro tenha capacidade de se comunicar com o surdo para que haja o desenvolvimento de programa de educação em saúde direcionado a esse publico

Onze dentre os 14 participantes que estavam concluindo a graduação, acreditam não estarem preparados para prestar uma assistência de enfermagem através de uma adequada comunicação com o cliente surdo.

Quando perguntado aos participantes como os mesmos se comunicariam com um paciente surdo, afirmaram que se comunicariam pela de escrita, gestos, mímica, outra pessoa, e objetos.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa evidenciou-se que, em geral, os participantes conhecem a importância do enfermeiro ser qualificado para prestar uma assistência de enfermagem adequada ao surdos. Todos apontaram que a sua instituição de ensino superior não oferece nenhuma forma de ensino que os capacite para uma comunicação de qualidade com os surdos, no entanto compreendem a necessidade de uma formação acadêmica que aborde temas específicos sobre assistência á este publico e que ofereçam suporte para o desenvolvimento de uma comunicação efetiva. Os acadêmicos que estão no 1º ano da graduação acreditam que é papel do enfermeiro realizar uma comunicação direta com os surdos durante o atendimento de enfermagem, apontando como um meio de otimizar a assistência ao cliente surdo o domínio da “LIBRAS”. Com relação aos acadêmicos do 4º ano da graduação, a maioria acredita não estar apto para prestar uma adequada assistência a clientela em questão, no entanto acham-se capacitados a identificar, durante uma consulta de enfermagem de puericultura, sinais que justifiquem uma melhor avaliação auditiva. Apesar dos acadêmicos do 1º ano da graduação estar iniciando o curso, suas afirmações são compatíveis com os acadêmicos que estão concluindo, remetendo assim, que os conhecimentos obtidos com relação à comunidade surda foram obtidos por outros meios, independentes da Instituição de ensino

Todos demonstraram insegurança quanto à capacitação para desenvolver assistência de enfermagem aos surdos. Essa insegurança deve ser percebida pela instituição de ensino, a qual pode propor atividades que venham a confrontar essa dificuldade levantada, visto que, a comunicação é o fator de extrema importância para a enfermagem.

Cabe lembrar que a Instituição já oferece alguns instrumentos para essa capacitação. Falta o aprimoramento metodológico para que os estudantes de enfermagem tenham acesso a ela.

REFERÊNCIAS

- CIANCIARULLO, Tamara Iwanow ; GUALDA,Dulce Maria Rosa ; MELLEIRO, Marta Maria; ANABUKI, Marina Anabuki. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3. ed. São Paulo:Ícone, 2001.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa** – Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 3º ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Brasileiro**, 2000. Rio de Janeiro, 2000.



- PORTO, Celmo Celso CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. **Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 3, 2008 .
- PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FIUZA, Nara Lúcia Gregório; REBOUCAS, Cristiana Brasil de Almeida. **Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n.3, 2007.



POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS ÀS BEBIDAS ALCOÓLICAS: OPINIÃO DE JOVENS USUÁRIOS DE ÁLCOOL¹

Ivonete Arnauts²; Kelly Jackelini Jorge³ e Magda Lúcia Félix de Oliveira⁴

¹Recorte da dissertação de mestrado intitulada *Percepção do risco e perfil socioeconômico de jovens vítimas de trauma e usuários de álcool*. 2009. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009;

²Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Unidade de Suporte Avançado de Vida/10^a Regional de Saúde, Cascavel-PR, e;

³Enfermeira, Especialista em Saúde da Criança, Hospital Universitário do Oeste do Paraná. ⁴Prof^a Dr^a da Universidade Estadual de Maringá e Diretora do Hospital Universitário de Maringá, Hospital Universitário de Maringá/CCI, , Maringá-PR;

Palavras-chave: Adolescente; Políticas Públicas; Etanol.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool está associado à intercorrências indesejáveis como crises familiares, atos violentos e internações hospitalares, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil. Reconhecendo os danos físicos, emocionais e materiais provocados pelo uso nocivo de álcool, são lavradas leis e estratégias preventivas. No Brasil, a venda de drogas lícitas como o álcool e o tabaco são proibidas para menores de 18 anos por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069/90, art. 243 (BRASIL, 1990). A Lei 11.705/08, denominada Lei Seca, e a Lei 6.488/08, impõem penalidades mais coercivas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool, como pagar multa, perder a carteira de motorista por 12 meses e ser detido em flagrante aos condutores que ingerirem qualquer quantidade de álcool antes de dirigir. A legislação proíbe, também, a venda de bebidas em estabelecimentos comerciais instalados nas rodovias no perímetro urbano das cidades. O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2007, apontou que os jovens são os que apresentam maiores riscos em relação ao consumo de álcool, com conseqüências negativas diversas como “[...] problemas nos estudos, problemas sociais, (prática de) sexo sem proteção e/ou sem aconselhamento, maior risco de suicídio ou homicídio, e acidentes [...]” (LARANJEIRA et al., 2007, p. 42). Os jovens são população vulnerável por estarem passando por profundas mudanças físicas e psíquicas. Medidas legais adotadas por governos são importantes para impedir o acesso dos adolescentes às drogas, porém, a legislação nem sempre é cumprida, o que predispõe a aquisição de drogas pelos jovens. A presente pesquisa justifica-se, então, pela relevância científica e social dos estudos sobre abuso de álcool e outras drogas, e pela estreita ligação entre o aumento do consumo de álcool e o risco para o trauma, principalmente no grupo populacional dos jovens.

OBJETIVO

Verificar o apoio às políticas públicas de controle do uso de álcool entre os jovens vítimas de trauma.



MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi do tipo exploratório e transversal, com 112 jovens com diagnóstico médico de trauma por diversas etiologias na faixa etária de 10 a 24 anos, residentes em Cascavel - PR, atendidos no Pronto Socorro (PS) de um hospital de ensino do Oeste do Paraná. A faixa etária escolhida para o estudo, de 10 a 24 anos, está em consonância com o conceito de jovem empregado por Nugent (2006), com três fases de transição da juventude: 10 a 14 anos, 15 a 20 anos e 21 a 24 anos (NUGENT, 2006). As entrevistas foram realizadas no período de maio a julho de 2009, às sextas-feiras, sábados e domingos, das dezenove horas à uma hora. Optou-se por esse horário para obtenção de maior número de sujeitos, tratando-se, portanto, de uma amostra não probabilística, a população não estava disponível para ser sorteada. O instrumento de coleta de dados foram um roteiro de entrevista, adaptado do *Questionário Hablas*. Os dados foram analisados a partir do Programa de Computação Estatística 8.0. O projeto foi aprovado pelo parecer n.º 070/2009 do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá.

RESULTADOS

Foram entrevistados 112 jovens, classificados em três grupos de padrão de consumo de álcool: 22 (19,7%) que tiveram trauma associado ao consumo de bebida alcoólica, denominados trauma com consumo; 65 (58%) que eram consumidores de álcool, mas nas seis horas anteriores ao trauma não referiram consumo, designados trauma sem consumo; e 25 (22,3%) que nunca consumiram bebida alcoólica, identificados como trauma em abstinentes na vida (Figura 1).

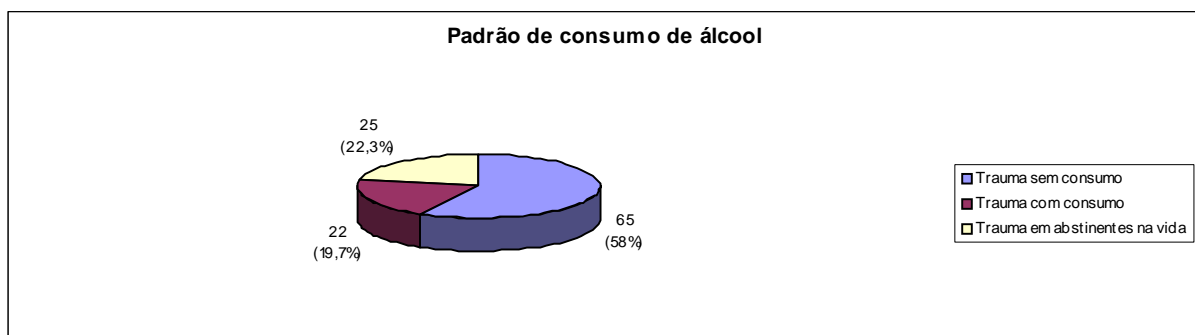


Fig. 1 – Distribuição percentual de jovens vítimas de trauma segundo padrão de consumo de álcool. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

A caracterização socioeconômica dos jovens apontou predomínio do sexo masculino em todas as faixas etárias e em todos os grupos de padrão de consumo, sendo que os jovens abstinentes pertenciam, em sua maioria, à faixa etária de 10 a 14 anos. No entanto, a faixa etária predominante foi de 15 a 20 anos, representando 42,9% de todos os jovens investigados. O grau de instrução da maioria dos jovens era o ensino fundamental completo, renda mensal familiar entre 901 e 1500 reais, sem renda pessoal e com trabalho formal. A opinião dos jovens vítimas de trauma sobre as iniciativas e políticas públicas de controle do álcool foi avaliada por meio de questionamentos sobre a legislação brasileira – impostos, comercialização, trânsito, penalidades



para os crimes decorrentes do uso de bebida alcoólica - e o papel das campanhas e programas de prevenção e tratamento. Os jovens emitiram opinião quanto ao aumento, redução e permanência dessas políticas. Para a comercialização, também considerou-se os aspectos favoráveis ou não favoráveis à política vigente. Em relação aos impostos sobre as bebidas alcoólicas, entre os jovens abstinentes na vida, a maioria (76%) consideram que deveriam ter o valor aumentado, diferente do grupo de trauma sem consumo de bebida alcoólica (49,2%) e do grupo de trauma com consumo (27,3%). (Tabela 1) Observou-se relação significativa ($p < 0,05$) quanto às opções redução, permanência ou aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas, nos três grupos estudados, com resultado de Pearson Chi-square de 0,009. Pode-se afirmar que os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica preferem que os impostos sejam reduzidos, e os abstinentes na vida preferem que sejam aumentados. Uma das justificativas para tal resultado é que o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas influi no aumento do preço da mesma. A venda de bebida alcoólica no Brasil é permitida para pessoas com idade superior a 18 anos. O artigo 81 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Federal nº 8069, restringe a venda de bebida alcoólica para menores de 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

TABELA1: Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma quanto à opinião sobre políticas públicas para controle do álcool. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Opinião sobre o	Padrão de consumo	Trauma sem consumo		Trauma com consumo		Trauma em abst. na vida		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
uso de bebida alcoólica	Aumento	32	49,2	6	27,3	19	76,0	57	50,9
Impostos sobre as bebidas alcoólicas	Permanência	27	41,5	10	45,5	2	8,0	39	34,8
	Redução	6	9,3	6	27,3	4	16,0	16	14,3
Idade de 18 anos para a venda de bebida alcoólica	Aumento	26	40,0	6	27,3	10	40	42	37,5
	Permanência	36	55,4	15	68,2	11	44	62	55,4
	Redução	3	4,6	1	4,5	4	16	8	7,1
É muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade comprar bebida alcoólica	Concorda	52	80,0	18	81,8	23	92,0	93	83,0
	Indiferente	4	6,2	1	4,6	–	–	5	4,5
	Discorda	9	13,8	3	13,6	2	8,0	14	12,5
Campanhas alertando para os riscos de beber e dirigir	Aumento	56	86,2	18	81,8	23	92	97	86,6
	Permanência	8	12,3	2	9,1	1	4	11	9,8
	Redução	1	1,5	2	9,1	1	4	4	3,6
Programas de	Aumento	61	93,8	18	81,8	22	88	101	90,2



prevenção ao uso de álcool em escolas	Permanência	2	3,1	–	–	1	4	3	2,7
	Redução	2	3,1	4	18,2	2	8	8	7,1
Programas de tratamento para alcoolismo	Aumento	57	87,7	19	86,4	23	92	99	88,4
	Permanência	7	10,8	2	9,1	2	8	11	9,8
	Redução	1	1,5	1	4,5	–	–	2	1,8
Total		65	58,1	22	19,6	25	22,3	112	100,0

Quando indagados se a idade de 18 anos para a aquisição de bebida alcoólica deveria ser aumentada, permanecer a mesma ou reduzida, a maioria (55,4%) optou pela permanência da idade mínima de 18 anos. No grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo o percentual foi de 68,2%, no grupo do trauma sem consumo, foi de 55,4%, e para os abstinente na vida foi de 44%. As limitações na disponibilidade de venda de bebida alcoólica visam regular o mercado, limitando o acesso do consumidor ou regulando o contexto em que é consumida. (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007). Quanto à idade mínima para o consumo de álcool, 16% dos jovens do grupo dos abstinente na vida apóiam a redução da idade de 18 anos para a venda de bebida alcoólica. Isso se deve ao fato de a maioria dos jovens pertencentes a esse grupo terem até 18 anos (40% na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 44% na faixa etária dos 15 aos 20 anos), o que nos leva a inferir que, se a idade para a comercialização da bebida alcoólica fosse reduzida, os jovens do grupo dos abstinente na vida teriam permissão legal para o consumo em idades mais precoces. Dallo (2009), ao comentar sobre o ECA, afirma que essa legislação não é muito rigorosa quando comparada à legislação dos Estados Unidos, onde, em quase todos os estados, a venda é permitida somente aos maiores de 21 anos. No Brasil, a idade de 18 anos não tem sido obstáculo para os adolescentes brasileiros comprarem e consumirem bebida alcoólica.

No presente estudo, observou-se que dispositivos legais do ECA não têm sido cumpridos, pois 83% dos jovens entrevistados disseram que concordam que “é muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda” (Tabela 1). O I Levantamento sobre os Padrões de Uso de Álcool na População Brasileira apontou que 95% dos entrevistados concordam que é muito fácil para quem tem menos de 18 anos comprar bebida alcoólica, porém, 95% defendem o aumento da fiscalização dos comerciantes em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores (LARANJEIRA et al., 2007). Estudos nacionais mostraram que menores de idade de 13 a 17 anos conseguiram facilmente comprar bebidas alcoólicas em diferentes tipos de estabelecimento. Sem multa e fiscalização adequada, dificilmente poderia haver condições de se promover uma melhora nesta situação. Os jovens brasileiros convivem em contextos sociais facilitadores da venda de bebida alcoólica, que muitas vezes aceita, populariza e estimula o uso. Torna-se comum o incentivo da família nesse período de vida e a inserção social dos jovens passa a ser fundamental, onde situações como beber pode se tornar um meio de integração (MARTINS, 2006; DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007). Nessa pesquisa, a opinião dos jovens sobre as iniciativas governamentais de controle do uso do álcool é abordada sobre os aspectos de aumento, redução e permanência das propostas atuais.

Quando questionados sobre as campanhas alertando para os riscos de ingerir bebida alcoólica e dirigir, a maioria (86,6%) dos jovens consideram que elas deveria ser aumentadas, porém, entre aqueles que optaram pela diminuição, o grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica apresentaram um percentual maior de respostas



quando comparados com os demais grupos (9,1%). Um fator que prejudica a conscientização da população juvenil sobre os riscos do consumo de bebida alcoólica, além do contexto social, cultural e comunitário, são as propagandas, onde ocorre associação da bebida alcoólica com pessoas jovens bonitas e momentos de intensa alegria e diversão.

Apesar de haver a descrição que “esse produto é destinado a adultos”, o alvo dessas propagandas são os jovens, pois os atores das propagandas são belos jovens, fazendo atividades adequadas para essa faixa etária. A bebida alcoólica tem sido apoiada por valores de livre mercado e representações sociais, e de forma crescente, tem seus interesses defendidos pelas indústrias. Embora a indústria do álcool tente fazer alguma propaganda educativa como “se beber não dirija”, ou “beba com moderação”, seus interesses comerciais entram em conflito com medidas de saúde pública. A propaganda educativa nunca é tão bem produzida, nem possui os mesmos recursos e frequências nos meios de comunicação do que a propaganda da indústria do álcool (DUALIBI, LARANJEIRA, 2007; DALLO, 2009).

Quanto aos programas de prevenção do uso do álcool em escolas, foi indicado o aumento por 90,2% dos jovens. Maior percentual de jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica, em comparação com os demais grupos, relataram que os programas de prevenção do uso do álcool em escolas deveriam ser diminuídos, totalizando 18,2% das respostas (Tabela 1) O objetivo dos programas escolares de prevenção do uso da bebida alcoólica é modificar as crenças, atitudes e comportamentos dos adolescentes em relação ao álcool (DUALIBI, LARANJEIRA, 2007).

Para Martins (2006), a sociedade aborda as drogas ilícitas como um grande problema social, o que diminui a percepção de risco das lícitas, que também apresentam consequências graves. A legalização de apenas algumas drogas faz com que o cidadão calcule os riscos das drogas como se o seu potencial danoso fosse classificado em uma escala que vai das que apresentam riscos e não apresentam. Quanto aos programas de tratamento, 90,2% dos jovens da presente pesquisa consideram que deveriam ser aumentados. A maioria da população geral adulta apóia o aumento de programas preventivos ao uso do álcool em escolas (92%), programas de tratamento para o alcoolismo (91%) e campanhas governamentais de alerta sobre os riscos do álcool (86%) (LARANJEIRA et al., 2007).

CONCLUSÃO

A caracterização sociodemográfica dos jovens que fazem uso de álcool permitiu detectar fatores que podem favorecer na percepção de risco para o trauma referente às políticas públicas para o álcool: - Políticas de aumento de impostos sobre a bebida alcoólica não deveriam ser incentivadas na opinião dos jovens que tiveram trauma com consumo, demonstrando que esse grupo não tem interesse em reduzir o consumo, o que poderia reduzir os problemas decorrentes do abuso de álcool. - A facilidade para aquisição de bebida alcoólica por adolescentes e jovens foram apontadas pelos jovens de todos os grupos de consumo. –

A maioria dos jovens considera que deveriam ser aumentadas as campanhas alertando para os riscos de ingerir bebida alcoólica e dirigir, os programas de prevenção do uso do álcool em escolas, e os programas de tratamento; porém, entre aqueles que optaram pela diminuição, o grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica apresentaram um percentual menor de respostas. Nessas condições, propostas preventivas abrangentes quanto ao uso de álcool e drogas devem ser direcionadas para a comunidade, família e juventude, visando reduzir o risco de morbi-mortalidade e resgatar valores humanos e sociais.



Tais propostas devem propor intervenções que levem em consideração a multiplicidade dos sujeitos, a pluralidade de relações, o contexto histórico e social da sociedade onde os jovens se encontram inseridos, Essa população é responsável pela introdução de novas crenças, novas práticas, novos valores e novas possibilidades de mudanças na sociedade. As crenças provenientes da cultura são construídas e internalizadas pelas pessoas, passando a fazer parte de sua visão de mundo e influenciando na interpretação dos eventos que irão ocorrer. Sugerem-se estudos para aprofundar a temática e a implementação de políticas e estratégias preventivas principalmente no grupo populacional dos jovens.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de julho de 1990, Seção 1, p. 79.
- DALLO, L. **Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel-PR**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2009, 106p.
- DUAILIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronao. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.5, p.839-48, 2007.
- LARANJEIRA, R. et al. Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira**. 1ª ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, ago. 2007, 76p.
- MARTINS, R. A. **Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente**. Tese (Livre-Docência em Psicologia da Educação) – Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas – Universidade Estadual Paulista. 2006, 211f.
- NUGENT R. Quiénes son los jóvenes. In: ASHFORD, Lori; CLIFTON, Donna; KANEDA, Toshico. **La juventud mundial**. Washington (DC/USA): Population Reference Bureau, 2006.



EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA COMO POSSIBILIDADE DE IGUALDADE: EDUCAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA

Marcos Augusto Moraes Arcoverde

Docente. Mestre em Enfermagem. Unioeste – Campus Foz do Iguaçu. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Palavras-chaves: Educação a distância; Igualdade; Democracia

INTRODUÇÃO

A educação sempre foi uma ação humana, e como tal passou por mudanças ao mesmo tempo em que a humanidade construía a sua história. Assim, toda alteração do modo de vida humano reflete mudança na educação. A evolução tecnológica e a globalização trouxeram contribuições significativas para a educação, no entanto, faz-se necessário pensar em qual o modelo de educação que estamos produzindo, ou reproduzindo.

Ao pensar em educação e globalização, faz-se necessário mencionar o direito de acesso ao conhecimento, o que me leva a acreditar que um cidadão brasileiro morador em regiões ermas tem os mesmos direitos ao acesso e produção do conhecimento, quando comparado ao que vive em grandes centros urbanos. Contudo, residir nesses centros urbanos também não seja a garantia de que o direito de igualdade ao acesso esteja confirmado.

Quanto a esse aspecto, Luckesi (2001) ressalta que essa limitação a acesso dos bens culturais dificulta as possibilidades de uma vivência crítica e construtiva de cada cidadão.

As desigualdades de acesso, ao longo da história da educação brasileira, sempre se mostraram presentes e são reflexos da desigualdade econômica e distribuição de renda. Geralmente, cidades onde se concentra a produção econômica, também, concentram-se o acesso e produção de conhecimento. Assim, a sina de muitos brasileiros passa pelo êxodo, quer movidos pelas necessidades econômicas, quer pelo desejo de uma educação melhor para si ou para seus familiares.

É possível perceber que não temos universidades e escolas técnicas gratuitas distribuídas de igual forma em nosso país, o que também contribui para a desigualdade do acesso a educação e produção de conhecimento.

Na visão contemporânea, a educação a distância surge como possibilidade de acesso à educação e produção de conhecimento para todos. São vários os fatores que contribuem para que isso possa se efetivar, e muitas ferramentas estão à disposição dos gestores, coordenadores e tutores/professores para que a democratização da educação realmente ocorra.

Isso se deve ao fato de que a educação a distância elimina as fronteiras espaço-temporais e tem como base alcançar estudantes dispersos geograficamente (ARETIO, 2006). Só pela imensidão do território brasileiro, esse seria um motivo relevante para pensarmos na educação a distância como processo educativo real e de qualidade em nossa história.

A educação a distância sofreu as alterações advindas da globalização, que por sua vez, foi possibilitada mediante o desenvolvimento das tecnologias de informação, tais como a internet. Nessa perspectiva, Beloni (2006, p. 3) salienta que “a intensificação do processo de globalização



gera mudanças em todos os níveis e esferas da sociedade” (e não apenas de mercado), “criando novos estilos de vida, de consumo, e novas maneiras de ver o mundo e de aprender”.

Se por um lado a globalização, de certa forma, é resposta do desenvolvimento da ciência, mediado pelas novas tecnologias; por outro, ela só ocorre pela educação, a qual se beneficia da globalização para expandir seu espaço físico de local para regional, nacional e global. Ou seja, a globalização só tornou-se possível devido a educação, e hoje a educação pode se beneficiar da globalização. Digo isso ao referir-me as novas tecnologias de informação, que possibilitam o avanço dos mercados e mundos globalizados, e por que não pensar em uma educação que avance também neste sentido?

OBJETIVO

Em um contexto atual, este trabalho tem a pretensão de discutir a modalidade educação a distância como possibilidade de igualdade e democratização da educação mediante um ensaio teórico, no qual alguns conceitos clássicos e contemporâneos são apresentados e discutidos, levando a refletir sobre os conceitos que oportunizem pensar a educação a distância como possibilidade de igualdade.

DESENVOLVIMENTO

A tecnologia está presente em nosso dia a dia desde os objetos mais simples até os mais complexos. E na educação isso também se repete. Falar em tecnologia na educação é discutir desde a utilização do giz branco até a videoconferência.

A ênfase da tecnologia na educação surge no Brasil por volta da década de 50 do século passado, baseada na tendência pedagógica tecnicista. Essa tendência recebeu maior apoio na década seguinte, passando a ser imposto às escolas pelos órgãos oficiais, por ser compatível ao contexto político, econômico e ideológico do regime militar (LIBÂNEO, 1994).

O objetivo dessa tendência era projetar o país no mercado econômico mundial, e dessa forma, a educação se traduzia “na defesa de um modelo tecnicista, preconizando o uso das tecnologias como fator de modernização da prática pedagógica e solução de todos os seus problemas” (LEITE et al., 2003, p. 12).

Essa pedagogia, ou tendência pedagógica percebia a educação como um universo fechado, o qual não interagira com questões sociais, dessa forma, surge a tecnologia educacional, que na visão tecnicista, dá maior ênfase aos meios utilizados para o processo educativo que a sua finalidade.

A partir da década de 80 ocorre o crescimento de um pensamento mais crítico quanto a tecnologia educacional, que passou a ser compreendida como uma opção de se realizar uma educação contextualizada com as questões sociais (LEITE et al., 2003). Nessa perspectiva, entende-se que seja necessário ao professor “dominar a utilização pedagógica das tecnologias, de forma que elas facilitem a aprendizagem”, e que a tecnologia educacional seja “objeto de conhecimento a ser democratizado e instrumento para construção de conhecimento” (LEITE et al., 2003, p. 14). Esses autores defendem que a utilização da tecnologia educacional é fruto da produção humana, parte de uma sociedade, e assim, devem ter seu acesso democratizado.

A menção a tendência tecnicista da educação tem a finalidade de apenas mostrar o percurso que a tecnologia educacional fez na educação brasileira, o que não quer dizer que ainda



trabalhamos nessa tendência, contudo, ainda carregados resquícios desse momento histórico educacional, e de algum modo a história da educação a distância passou por esse momento. Entendemos, então, o porquê algumas instituições ou professores valorizam tanto a tecnologia em detrimento a outros aspectos da prática pedagógica.

Pensar em educação a distância, de certa forma, é pensar em tecnologias educacionais, ou melhor, tecnologias de informação. Nesse sentido, o nosso objetivo, como educadores, deve ser de procurar formar cidadãos que sejam críticos ao aprenderem a conviver, ler e entender melhor os significados dos meios de comunicação em suas vidas e na sociedade que os cerca. Isso permite pensarmos em que tipo de cidadão queremos construir.

Nessa perspectiva, a elaboração de uma proposta pedagógica que incentive a leitura crítica dos meios de comunicação significa reconhecer o papel da mídia na formação e crescimento de educando e educador. Assim, educar para a comunicação visa construir indivíduos capazes de desvendar a realidade, ajudando a elaborá-la mais democraticamente a partir da participação social e do exercício pleno da cidadania (LEITE et al., 2003).

Essa nova maneira de pensar a tecnologia educacional possibilita que a educação a distância ofereça a todos as oportunidades de aquisição de instrumentos para um novo aprender, no qual o conteúdo aprendido terá intensa relação com o meio social do educando. Nesse sentido, Luckesi (2001, p. 42) ressalta que o ensino a distância apresenta-se “como uma alternativa para a mediação na construção de uma sociedade culta crítica e civilizada”. Para esse autor, a democratização da educação significa acesso, permanência e qualidade. Assim, pensar em educação democratizada é pensar em acesso de todo cidadão a ela.

Cabe também salientar que não se trata de acesso a qualquer coisa, devemos, como educadores e gestores da educação, garantir e exigir acesso e permanência a algo de qualidade satisfatória. Garantir isso significa desenvolver no educando suas capacidades cognitivas e a formação de suas convicções (LIBÂNEO, 1994).

Outra questão a ser discutida deve-se a característica da educação que queremos, ou melhor, qual indivíduo que queremos educar? e para que educar?

A educação é um fenômeno que se realiza na sociedade e seu objetivo é o processo de construção do indivíduo e da sociedade. Dessa forma, um projeto educativo trata da verdade de um projeto de sociedade, e assim, assumindo o papel de um fenômeno político, e por isso não podemos pensar em um projeto pedagógico que não seja político (LOBO NETO, 2001). Para esse autor, o centro da questão da educação a distância não se encontra na superação da distância, mas sim no estabelecimento da relação educativa.

Nessa perspectiva, estamos falando de elementos didáticos pedagógicos, e que precisam ser compreendidos tanto para efetivação da educação a distância, quanto para a presencial.

Na educação a distância a interação, ou melhor, a relação professor aluno, é mediatizada por tecnologia, por vezes, desconhecida por alguns professores, e aí surgem as críticas, visto que a compreensão estaria no fato de que é a tecnologia que educa, o que, na verdade, é um equívoco. Não será o computador que educará, mas sim, a relação tutor, máquina e educando. Pois é assim que ocorre no modelo presencial, visto que nunca será o quadro negro, ou o livro didático que educa, mas sim, a relação professor, material, e educando.

Entendo que o desenvolvimento da informática e comunicação nos possibilita atualmente criarmos novos métodos ou materiais, entretanto, os elementos pedagógicos continuam existindo e tendo a mesma função. O que cabe a nós é fazermos escolhas adequadas quanto ao modelo pedagógico no qual queremos trabalhar e no qual será possível.



Dessa forma, compreendo que educação a distância não é sinônimo de alta tecnologia, e nem o oposto é verdadeiro. Assim, como o uso de tecnologia não é garantia de pedagogia inovadora. E novamente, esbarramos na escolha pedagógica.

A educação a distância, não é uma pedagogia, os elementos pedagógicos é que desenharão essa educação a distância. Ou seja, a escolha que faço quanto ao modelo pedagógico, metodologia adotada e concepções da prática educativa serão os elementos que definirão a finalidade do meu ato educativo.

Na história da educação brasileira, como já mencionado, a educação a distância foi entendida como um reflexo de novas tecnologias em sala de aula ou em outros ambientes, no entanto, era tão reprodutora quanto o modelo tradicional ora questionado. Superado esse momento, em partes, propõe-se atualmente uma educação a distância que transforme o educando em um ser crítico e reflexivo, e não mais passivo e somente consumidor de uma tecnologia ou um produto educativo. Esse deveria ser o desafio de todo e qualquer modelo educativo.

O modelo de trabalho e metodologia adotada pelo educador (tutor) e gestores dos cursos de educação a distância é que fará a diferença na educação. Não adiante pensarmos em teleconferências ou outros métodos utilizados pela educação a distância, se o modelo pedagógico continuará sendo tradicional e transmissor.

Por tratar-se de uma prática pedagógica, devemos levar em conta a interação educando e educador (tutor), o ambiente de aprendizagem, o contexto social onde o educando está inserido e como esse conteúdo aprendido poderá ser vivido em sua realidade.

Nessa perspectiva, o educando não é mais passivo, como aluno, ele precisa aprender a aprender, ou seja, aprender com o educador (tutor) conceitos e princípios básicos, e ao pensar em sua realidade social, colocá-los em prática. Essa possibilidade permite abandonarmos um ensino bancário, no qual muitas vezes não fica claro para o aluno para que o conteúdo ensinado lhe servirá, em sua vida. Como educando é natural que tenha dificuldade para atingir essa compreensão sempre, cabendo ao educador proporcionar esse entendimento. Assim, o educador deve instigar seus educando a relacionarem os conteúdos aos seus contextos sociais.

Dessa forma, conteúdo e método devem propor a superação das necessidades do educando, o que possibilita que eles façam diferença em sua vida. Assim, poderemos começar a falar de um verdadeiro acesso com intenção de diminuir as desigualdades.

Como educadores devemos dominar muito bem os métodos e conceitos fundamentais para daí orientar os educandos a encontrarem as soluções de seus problemas. Não defendo a postura de um educador distante, mas um que perceba a necessidade do educando e o auxilie a conhecer a sua realidade e interagir com e sobre ela.

Nesse sentido, fica mais fácil entender que a tecnologia apresenta-se a disposição do homem para facilitar-lhe a educação. Ela constitui parte do acervo cultural humano, e que se constitui espaço de sua educação, comunicação com outros, e seu desenvolvimento como ser humano em relação. A reivindicação desse espaço é dever de cada um, por ser direito de todos. O direito de superar a ausência física, pela presença mediatizada e pela eliminação da distância. Então, entenderemos que o sentido real da educação a distância se dá pela “potencialização do acesso aos meios de educar-se, de tornar-se participante do bem social, econômico e político” (LOBO NETO, 2001, p. 57).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do território brasileiro encontramos inúmeras necessidades de educação, saúde e desenvolvimento, das quais, algumas são reflexos da falta de capacitação e atualização profissional, ou melhor, dificuldade de acesso à educação. Acredito, pelo exposto neste texto, que a educação a distância apresenta-se como **uma das formas** para suprir essas necessidades.

A educação a distância possibilita pensarmos, de uma forma geral, na educação, seja por qual for o método ou a modalidade. Educação será sempre educação, ou seja, processo capaz de trazer mudanças no homem e na sociedade. Assim, como educadores precisamos pensar no modelo de educação que queremos, ou melhor, qual o modelo de educação a distância desejamos executar e qual mudança queremos trazer para a sociedade atual.

Atualmente, a vida cotidiana construiu a necessidade de aprendizagem ao longo da vida, o que também pode ser suprido com a educação a distância. Embora isso seja verdade, não devemos pensá-la como solução radical para os problemas da educação brasileira. Todavia, ela apresenta-se como uma possibilidade real e presente para a educação brasileira.

Não podemos pensar que a educação a distância é algo futuroscópio, muito pelo contrário. Ela é o presente, e como tal deve ser aproveitada em todas as suas possibilidades.

Ao voltar ao tema do texto, democracia e educação, verificamos que isso é possível e traz benefícios quando aumenta-se o número de ofertas de cursos e vagas para a educação e qualificação profissional, ou seja, atende-se a uma demanda de educandos dispersos geograficamente, oferece-se uma nova oportunidade a pessoas que abandonaram o estudo presencial por dificuldade de acesso e garante-se a continuidade de estudos no próprio meio cultural e social dos educandos, evitando problemas referentes aos êxodos, e promovendo desenvolvimento local. Em fim, volto a salientar que, como educadores mais importante que o método ou modelo escolhido é a garantia da qualidade da educação.

REFERÊNCIAS

- ARETIO, L. G. **La educación a distancia: de la teoría a la practica**. Barcelona: Ariel Educación, 2006.
- BELLONI, M. L. **Educação a distância**. 4. Ed. Campinas, SP: Editora Autores Associados, 2006.
- LEITE, L. S. et al. **Tecnologia educacional: descubra suas possibilidades na sala de aula**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.
- LOBO NETO, F. J. S. Educação a distância: função social. In: NETO, F. J. S. L. **Educação a distância: referencias & trajetórias**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Tecnologia Educacional. Brasília: Plano Editora, p. 57-72, 2001.
- LUCKESI, C. C. Democratização da educação: educação a distância como alternativa. In: NETO, F. J. S. L. **Educação a distância: referencias & trajetórias**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Tecnologia Educacional. Brasília: Plano Editora, p. 37-43, 2001.

* Material produzido durante a participação do docente em uma disciplina do Curso de Especialização em educação a Distância promovido pela Universidade de Brasília (UnB).

Contato: Marcos Augusto Moraes Arcoverde. Tel. (45) 3576-8137. e-mail: marcosarcoverde@bol.com.br



ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E HIPERGLICEMIA DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ - SEMANA DA SAÚDE – 2010

Kelly Jackelini Jorge¹, Maria Aparecida Dias², Ivonete Arnauts³, Cláudia Silveira Viera⁴, Sergio Aurélio Murillo⁵, Jonnes Valentim de Oliveira⁶ e Yana Patrícia Povaluk⁷

¹ Enfermeira do Ambulatório do Hospital Universitário do Oeste do Paraná;

² Auxiliar de Enfermagem do Ambulatório do Hospital Universitário do Oeste do Paraná;

³ Enfermeira da Unidade de Suporte Avançado de Vida – 10ª Regional de Saúde-PR;

⁴ Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP, Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Unioeste, Campus Cascavel;

⁵ Assessor Administrativo do Ambulatório do Hospital Universitário do Oeste do Paraná;

⁶ Técnico de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário do Oeste do Paraná;

⁷ Técnico de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

Palavras-chave: assistência ambulatorial; hipertensão arterial; hiperglicemia.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é sem dúvida um dos principais objetivos do cuidado ambulatorial, sendo também definida como “um conjunto de ações exercidas de forma contínua e global” com o objetivo de diminuir a morbidade e oportunizar uma melhor qualidade de vida (TASCA, 2006, p. 52). Neste sentido, durante a realização da Semana da Saúde - 2010 do HUOP foram organizadas atividades pela Comissão de Humanização do referido hospital com vistas a promover a saúde do trabalhador. Assim, para interação e participação dos funcionários do Hospital Universitário do Oeste do Paraná nas atividades da semana, ficou a cargo da equipe de enfermagem do Ambulatório elaborar orientações e ações para a prevenção da hipertensão arterial e hiperglicemia dos funcionários participantes.

OBJETIVOS

Relatar a experiência de desenvolver atividades de promoção à saúde direcionada a trabalhadores do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, referentes à prevenção da hipertensão arterial e hiperglicemia.

METODOLOGIA

Para esclarecimento de princípios relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial e hiperglicemia, procedeu-se a realização de palestras aos funcionários no dia



5 de abril de 2010, nos períodos da manhã e da tarde, como parte integrante das atividades de enfermagem na Semana de Saúde – 2010, promovido pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Com isso, foram denominadas como atividades norteadoras a realização da verificação de pressão arterial e glicemia em paralelo com orientações complementares sobre os níveis encontrados. Ao todo foram realizadas 95 verificações de pressão arterial e 91 de glicemia, totalizando 186 atendimentos de enfermagem. Para a aferição da pressão arterial os funcionários foram orientados a permanecerem sentados, por um tempo aproximado de 15 minutos. A aferição de glicemia procedera-se de forma aleatória durante os períodos da manhã e da tarde, não sendo condicionada ao funcionário a necessidade de estar em jejum. Para fins de demonstração estatística, utilizou-se da apresentação na forma de gráficos, sendo consideradas as variáveis: nível de pressão arterial /idade (GRÁFICO-1) e nível de glicemia/idade (GRÁFICO-2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de atendimentos, a faixa etária com maior número de participantes estava entre 41 e 50 anos, totalizando 50 (27%) funcionários. Destes, 26 (52%) corresponderam aos atendimentos de verificação da pressão arterial e 24 (48%) de verificação da glicemia. Quanto aos valores de pressão arterial (Figura 1), foram observados que do total de 95 atendimentos, 59 (62%) funcionários apresentaram valores menores de 120/80 mm-Hg, 18 (19%) com valores entre 120/80 a 140/90 mm-Hg, valores estes considerados de risco para desenvolvimento de hipertensão e 18 (19%) com valores maiores de 140/90 mm-Hg, sendo estes últimos, portanto, considerados indivíduos com provável hipertensão arterial instalada e com necessidade de acompanhamento.

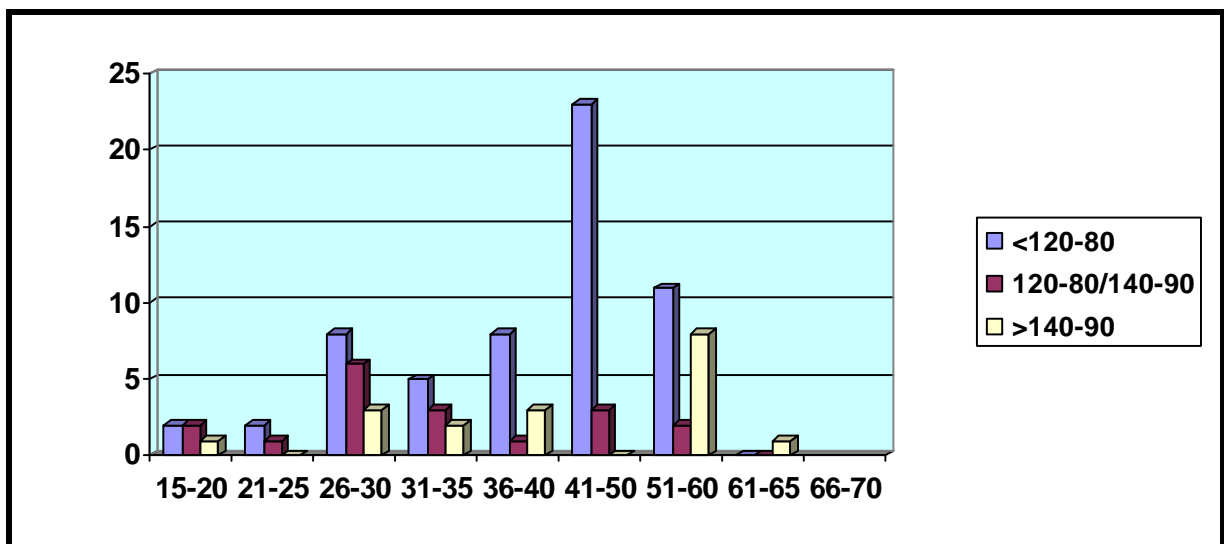


Fig. 1. Distribuição de níveis de pressão arterial por idade dos funcionários do HUOP - Semana da Saúde 2010.

Quanto aos valores de glicemia (Figura 2), 59 (65%) funcionários tiveram valores entre 70 -110 mg/dl de glicose, 26 (29%) com valores entre 111-200 mg/dl e 11 (12%) com valores maiores de 200 mg/dl. Considerando que aos funcionários não foi solicitado à necessidade de



jejum e que numa coleta após alimentação a glicose não é elevada em pessoas saudáveis, mas é significativamente aumentada em pacientes diabéticos, vemos pelos valores de referência na coleta fora do período de jejum que: a) valores de 140-200mg/dl indicam comprometimento da tolerância à glicose, e; b) valores > 200mg/dl é diagnóstico de diabetes mellitus (FISCHBACH, 2002, p. 185-186). Sendo assim, observa-se que porcentagem considerável de funcionários (12%) mantém níveis elevados de glicose e que justificam uma melhor investigação sobre demais sintomas associados a provável hiperglicemia.

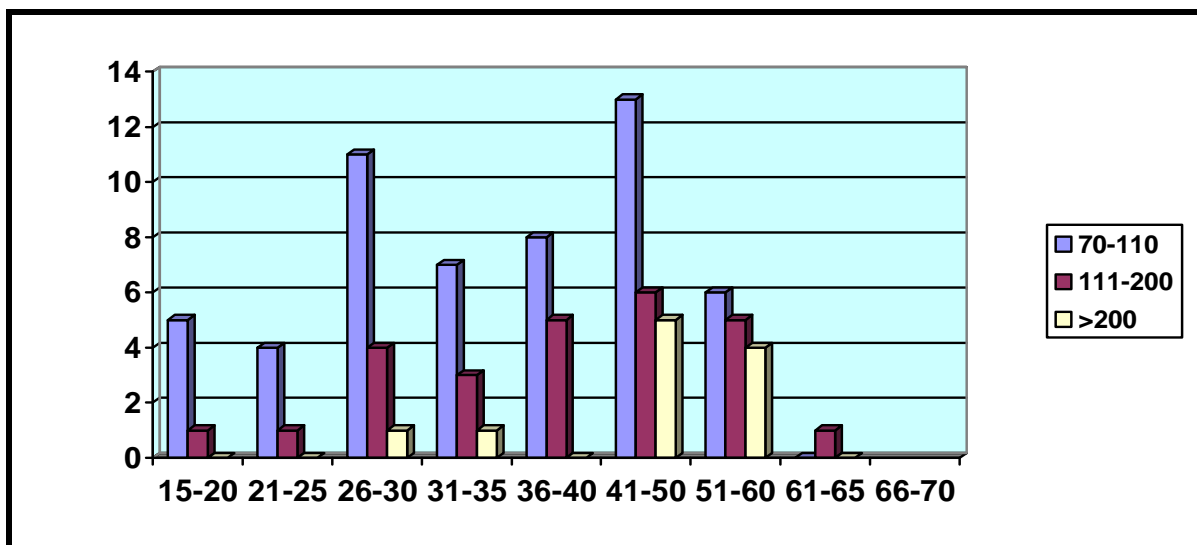


Fig. 2. Distribuição de níveis de glicemia por idade dos funcionários do HUOP- Semana da Saúde 2010.

CONCLUSÕES

A correlação entre as informações objetivas e subjetivas encontradas nas atividades realizadas na Semana da Saúde - 2010 em nosso hospital possibilitaram uma interação terapêutica conjunta dos problemas apresentados com vistas à manutenção da saúde, respeitando valores, crenças e culturas, num processo dinâmico, reflexivo e crítico. Tais achados evidenciam a necessidade de acompanhamento periódico para aqueles funcionários com valores alterados encontrados na assistência prestada.

Faz-se necessário lembrar que um único dado isolado não confirma diagnóstico preciso e definitivo, tanto para hipertensão arterial como para hiperglicemia. Entretanto, a ocorrência com repetição desses valores em outras verificações, associados a demais sinais e sintomas contribuem para um alerta com vistas ao melhor tratamento, resultando com isso, numa melhor atenção a saúde e qualidade de vida de todos os funcionários. A construção deste trabalho reflete nossa tentativa de estabelecer mais espaço para a enfermagem ambulatorial contribuir com subsídios que possam servir de ferramentas para discussões e questionamentos no exercício profissional em um campo diversificado e complexo como o da saúde dos trabalhadores.



REFERÊNCIAS

FISCHBACH, F. **Manual de exames laboratoriais e diagnósticos.** 6. ed.
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TASCA, A. M. et al. **Cuidado Ambulatorial Consulta de Enfermagem e Grupos.** EPUB 2006.



MONITORAMENTO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA: ANÁLISE ANTROPOMÉTRICA E PRESSÓRICA

Jéssica de Andrade Januskevicius¹; Deyvison Luiz Pereira¹; Francieli Fransozi¹ e Mustafa Hassan Issa²

¹ Acadêmicos do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

² Docente do Curso de Enfermagem - Centro de Educação e Letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPSC).

Palavras-chave: enfermagem; pressão arterial; doença arterial coronariana.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é identificada como um importante fator de risco (FR) para o desenvolvimento de aterosclerose, sendo relacionada ao início, e a progressão do processo de disfunção endotelial que pode evoluir para a Doença Arterial Coronariana (DAC) (CONTRAN; COLLINS, 2002).

O efeito da pós-menopausa sobre os valores pressóricos ainda não está completamente elucidado, mas alguns estudos parecem indicar que os estrogênios, principalmente o Estradiol (E2), apresentam efeito vasodilatador importante que reflete sobre a dinâmica regulatória da Pressão Arterial (PA). Sendo assim, a carência desse hormônio detectada na fase de pós-menopausa pode contribuir para a ocorrência de alterações pressóricas comumente observadas na mulher neste período (HARRISON-BERNARD; RAIJ, 2000).

Também a obesidade é considerada uma grande ameaça à saúde pública, constituindo-se num importante FR para o desenvolvimento da DAC (MARANHÃO, 2000).

Na Pesquisa de Orçamento Familiar de 2002 e 2003, estimou-se que cerca de 40% dos indivíduos adultos do país apresentaram excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$), sendo que 8,9% dos homens, e 13,1% das mulheres eram obesos (BATISTA, 2003).

O padrão da distribuição da gordura corporal é conhecido como um critério importante na determinação do risco da obesidade para a saúde. A concentração excessiva de gordura na região abdominal vem sendo descrita como o tipo de obesidade que oferece maior risco, por relacionar-se com a ocorrência de disfunções metabólicas como a dislipidemia, o aumento da resistência periférica à insulina e a HAS, associando-se a um maior risco de morbimortalidade decorrentes da doença aterosclerótica e de suas consequências, como a DAC (SBC, 2007).

Pesquisas recentes têm destacado o aumento deste tipo de obesidade na população feminina brasileira que pode ter aumentado em função das mudanças relacionadas aos hábitos vida. Quando a mulher atinge a pós-menopausa, o impacto do estilo de vida se soma às modificações fisiológicas ocorridas nesta fase, sugerindo que a mulher neste período acumula também este fator para o incremento do risco cardiovascular (OLINTO et al., 2006).

Neste contexto, se faz necessária a implementação de ações que objetivem a redução do risco cardiovascular nas mulheres em pós-menopausa, baseadas no monitoramento dos FR para a prevenção de agravos e promoção as saúde. Dentre estas estratégias, é importante considerar o monitoramento da PA e dos parâmetros antropométricos (SBC, 2008).



METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido no período compreendido entre agosto de 2009 e maio de 2010, no âmbito do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPSC) do Curso de Enfermagem da Unioeste de Foz do Iguaçu/PR.

Por meio da verificação de prontuários clínicos foram selecionadas dezesseis mulheres em pós-menopausa, todas em prevenção primária para a DAC, atendidas pela rede de Atenção Básica do município de Foz do Iguaçu/PR.

Foram excluídas as mulheres que fizessem uso de quaisquer fármacos hipolipemiantes e Terapia de Reposição Hormonal (TRH); as que tiveram histórico de eventos cardiovasculares prévios; mulheres ooforectomizadas, diabéticas, hipertensas e aquelas apresentando disfunção da glândula tireóide.

Com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi realizada uma visita domiciliar às mulheres previamente selecionadas para a aferição dos dados antropométricos de Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência Abdominal (CA), e Relação Cintura/Quadril (RCQ), e também de um sinal vital, sendo este a PA constituída pelas medidas da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e da Pressão Arterial Diastólica (PAD).

A aferição do peso corporal foi obtida por meio de uma balança portátil apoiada em superfície plana. A medida da altura foi obtida utilizando-se uma fita métrica inelástica fixada junto à parede com as mulheres descalças e mantendo os calcanhares aproximados e encostados à parede, com a cabeça no plano horizontal.

A partir das variáveis de peso e altura, foi calculado o IMC dividindo-se o peso pela altura ao quadrado (kg/m^2).

A medida da CA foi realizada posicionando-se a fita métrica, graduada em milímetros, na altura da porção média entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca, e a medida do quadril foi aferida ao nível dos grandes trocânteres. Destes dados foi obtida a RCQ.

A PA (PAS e PAD) foi aferida com manômetros aneróides calibrados com a participante sentada.

Todos os dados obtidos foram armazenados em banco de dados do *Excel 2003* – Microsoft® Office (Microsoft® Corporation, EUA) para a realização das análises estatísticas.

Os dados referentes às variáveis antropométricas foram confrontados com os dados da PA, sendo que para estabelecer correlação entre as variáveis foi utilizado o método estatístico de Análise de Regressão Linear.

As análises foram obtidas com auxílio do Programa Estatística versão 6.0, 2001 (StatSoft Inc. – Tulsa, USA). O nível de significância considerado para os testes foi de 5%, ou seja, $p \leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho analisou o risco cardiovascular de mulheres na pós-menopausa correlacionando dados antropométricos (IMC, CA e RCQ), e PA (PAS e PAD), variáveis consensualmente consideradas determinantes sobre o risco para desenvolvimento de DCV.

Considerando o incremento do risco para a DAC decorrente da ocorrência de HAS e da relação desta com a obesidade, principalmente a abdominal, são amplamente utilizadas as



medidas antropométricas para a estimativa da composição corporal, devido à praticidade de sua aplicação e reprodutibilidade (ACSM, 2000).

Na Tabela 1 são apresentados os dados do grupo total de mulheres em pós-menopausa incluídas na pesquisa (n=16), contemplando os valores do IMC, da CA, da RCQ e da PA. É importante ressaltar que os dados da PA são subdivididos em PAS e PAD para possibilitar as análises estatísticas.

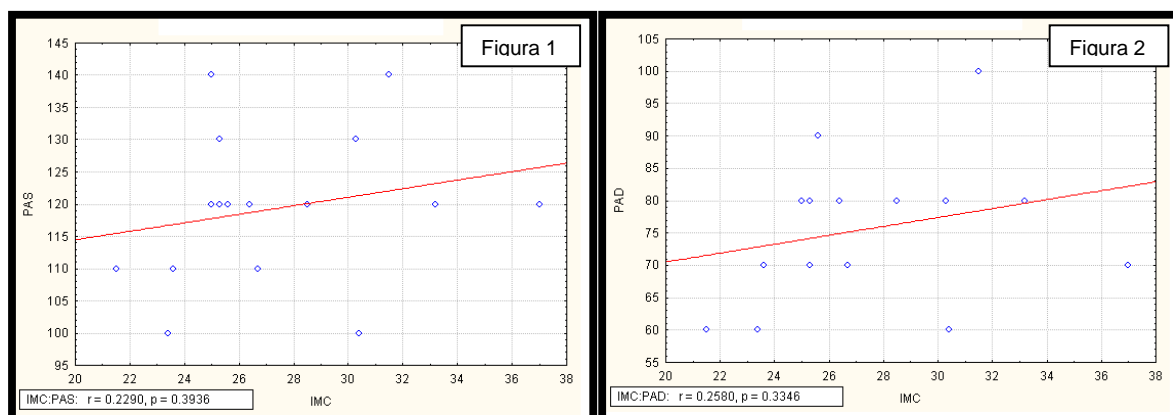
Verifica-se que, em média, o grupo apresentou sobrepeso, e valores de CA e RCQ aumentados. Por outro lado, as mulheres apresentaram-se, em média, normotensas.

Tabela 1. Valores dos dados antropométricos (IMC, CA e RCQ) e da PA (PAS e PAD) do grupo total de mulheres em pós-menopausa da casuística (n=16).

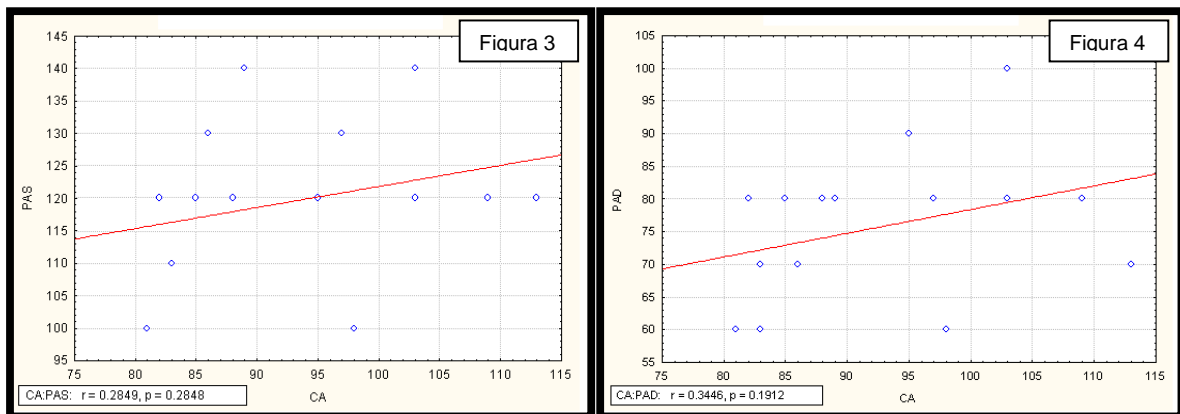
Casuística	IMC	CA	RCQ	PAS	PAD
Meno 1	26,4	88	0,86	120	80
Meno 2	23,6	83	0,89	110	70
Meno 3	21,5	83	0,89	110	60
Meno 4	25	89	0,95	140	80
Meno 5	28,5	103	1,01	120	80
Meno 6	37	113	0,9	120	70
Meno 7	25,6	95	0,88	120	90
Meno 8	25,3	85	0,87	120	80
Meno 9	26,7	83	0,78	110	70
Meno 10	33,2	109	0,94	120	80
Meno 11	25,3	86	0,88	130	70
Meno 12	30,3	97	0,95	130	80
Meno 13	30,4	98	0,94	100	60
Meno 14	25	82	0,85	120	80
Meno 15	31,5	103	0,9	140	100
Meno 16	23,4	81	0,87	100	60
M ± DP	27,4 ± 4,1	92,4 ± 10,4	0,9 ± 0,05	119,4 ± 11,8	75,6 ± 10,9

M ± DP: Média ± Desvio Padrão; IMC: Índice de Massa Corporal em Kg/m²; CA: Circunferência Abdominal em cm; RCQ: Relação Cintura-Quadril; PAS: Pressão Arterial Sistólica em mmHg; PAD: Pressão Arterial Diastólica em mmHg.

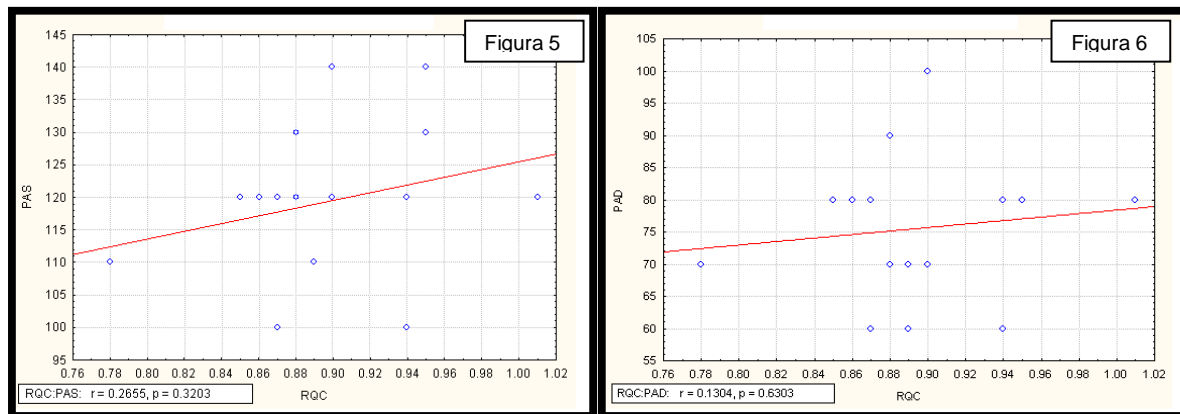
A seguir são apresentadas as análises de correlação entre PAS e PAD e os parâmetros antropométricos IMC, CA e RCQ das mulheres em pós-menopausa incluídas no estudo.



Figuras 1 e 2 - Representações gráficas das análises de regressão linear, respectivamente entre os dados do IMC com dados da PAS (1) e da PAD (2).



Figuras 3 e 4 - Representações gráficas das análises de regressão linear, respectivamente entre os dados da CA com dados da PAS (3) e da PAD (4).



Figuras 5 e 6 - Representações gráficas das análises de regressão linear, respectivamente entre dados da RCQ com dados da PAS (5) e da PAD (6).

Estudos indicam a influência dos parâmetros antropométricos acima dos valores de referência sobre a progressão da PA.

O trabalho de Ko e cols. (1999) verificou que valores aumentados de IMC, CA e RCQ foram positivamente associados ao aumento do risco para diabetes *mellitus* e da HAS em estudo que incluiu 1513 indivíduos com média de $37,5 \pm 9,2$ anos.

Gus e cols. (1998) buscando determinar a associação entre o IMC, a RCQ e a CA com a prevalência de HAS em amostra representativa de 1088 adultos de Porto Alegre/RS, verificaram que obesidade aferida pelo IMC associou-se com a prevalência de HAS em ambos os sexos, e a RCQ e CA associaram-se, significativamente para as mulheres.

Em nosso estudo, apesar de não ter sido observada correlação significativa ($p > 0,05$) entre os dados PAS e PAD com os parâmetros antropométricos (IMC, CA e RCQ), as análises gráficas demonstraram, de modo semelhante, uma tendência para correlação do tipo positiva entre estas variáveis. Estas evidências reforçam a importância da necessidade de monitoramento do risco cardiovascular para as mulheres em pós-menopausa e a instituição de hábitos saudáveis nesta etapa da vida da mulher.



Adicionalmente, o fato de não terem sido observadas correlações significativas nas análises pode estar relacionado ao fato de que não foram incluídas mulheres hipertensas nesta casuística.

CONCLUSÕES

Não foi observada influência significativa da PA (PAS e PAD) sobre os parâmetros antropométricos (IMC, CA e RCQ), apenas uma tendência para correlação do tipo positiva. Apesar de casuística ser normotensa, os dados indicam a importância do monitoramento destes parâmetros para prevenção do risco cardiovascular nas mulheres em pós-menopausa.

REFERÊNCIAS

- ACSM. **ACSM's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. 5th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 2004.
- BATISTA, F.M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, S181-S191, 2003. supl.1.
- CONTRAN, Ramzi; COLLINS, Tucker; KUMAR, Vinay. **Robbins: Patologia Estrutural e Funcional**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.441-461.
- GUS, Miguel; MOREIRA, Leila B; PIMENTEL, Maurício; GLEISNER, Ana Luiza M; MORAES, Renan S.; FUCHS, Flávio D. **Associação entre Diferentes Indicadores de Obesidade e Prevalência de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.70, n.2, p.111-4, 1998.
- HARRISON-BERNARD; RAIJ. Postmenopausal hypertension. **Current Hypertension Reports**, v.2, p.202-7, 2000.
- KO, G.T.C.; CHAN, J.C.N.; COCKRAM, C.S.; WOO, J. Prediction of hypertension, diabetes, dyslipidemia or albuminuria using simple anthropometric indexes in Hong Kong Chinese. **International Journal of Obesity**, v. 23, n.11, p.1136-42, 1999.
- MARANHÃO, G.A. Alguns indicadores de adiposidade e tempo gasto assistindo TV em adolescentes obesos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.5, n.3, p.52-7. 2000.
- OLINTO, M.T.A.; NACUL, L.C.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; GIGANTE, D.P.; MENEZES, A.M.B.; MACEDO, S. **Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados**. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.6, p.1207-15, 2006.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **IV Diretriz Brasileira Sobre dislipidemias e Prevenção de aterosclerose**. Departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. v. 88, Supl I, 2007.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Associação Brasileira de Climatério. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.91, supl.I, p.1-23, 2008.



TRABALHO DE JOVENS: UM ÁRDUO CAMINHO PARA A SUPERAÇÃO DA POBREZA?

Maria Inês Monteiro¹; Eliane P. Góes²

¹ Mestre em Educação – Unicamp; Doutora em Enfermagem – USP. Professora Associada – Departamento de Enfermagem – FCM – Universidade. Estadual de Campinas – UNICAMP, SP, Brasil.

² Mestre em Enfermagem – Universidade estadual de campinas – UNICAMP, SP, Brasil. Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, PR, Brasil.

Palavras-chave: trabalho jovem; saúde e trabalho; estilo de vida.

INTRODUÇÃO

Os jovens representam um desafio nos diferentes contextos que envolvem os países, quer sejam desenvolvidos, subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, em relação ao acesso à educação, às condições dignas de vida e o acesso à cultura, entre outros. Por outro lado, o impacto da transformação econômica, das mudanças sociais, do processo de globalização, acentuado nas últimas décadas, afeta esta parcela da população. A Organização Internacional do Trabalho (2005) estimou que os jovens têm de duas a três vezes mais chances de ficar desempregados do que os adultos. Na Europa, a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2006) desenvolveu uma campanha de conscientização dos indivíduos e instituições envolvidas no mundo do trabalho, visando esclarecer os direitos e responsabilidades, ressaltando que as conseqüências de um acidente ou dano podem permanecer por toda a vida. Em relação as “Metas do Milênio”, proposta que envolve a parceria entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, na luta pela diminuição da pobreza, da doença e ainda o incentivo às melhores condições de vida no mundo, deverá ser atingida até 2015. Dentre elas, destaca-se a primeira meta – erradicar a extrema pobreza e a fome; e a oitava meta: desenvolver e implementar estratégias para trabalho decente e produtivo para jovens (UNITED 2003).

Diversos autores discutem a problemática do trabalho de jovens e adolescentes no Brasil e as implicações relativas à saúde, desenvolvimento e futuro (OLIVEIRA e ROBAZZI, 2001; CARDOSO e MONTEIRO-COCCO, 2003; GALASSO e FISHER, 2005). O acesso a alimentação é fundamental para garantir o desenvolvimento físico e mental dos jovens. Outro ponto a ser destacado é a formação permanente de jovens, pois, embora desde a Constituição de 1988 exista a obrigatoriedade de ensino de, no mínimo oito anos, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2004), apontam uma média de anos inferiores, sendo sete anos para as mulheres maiores de 18 anos e, 6,7 anos de escolaridade para os homens, na mesma faixa etária (IBGE, 2005). Pesquisas internacionais apontam problemas em indústrias de processamento de aves, com destaque para os problemas músculo-esqueléticos (Cherry, Meyer, Chen, 2001) e as doenças respiratórias (EUROPEAN..., 2003). Esteves (2003) aponta em seu estudo o aumento significativo da indústria frigorífica no Brasil absorvendo grande contingente de trabalhadores, expostos a baixos gradientes de temperaturas, aliado a monotonia e repetitividade e, em sua maioria constituído por jovens trabalhadores que necessitam de uma atenção especial na area biológica, social e econômica. A partir desses dados buscamos em



empresas de processamento de frangos os fatores que poderão contribuir para a penalização do trabalho de jovens, tendo como viés a superação da pobreza pelo trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão dos dados coletados em um estudo epidemiológico transversal descritivo realizado em empresa de processamento de frangos de grande porte, no interior do Estado do Paraná. A amostra representativa constituiu-se de 554 trabalhadores, com menos de 25 anos de idade. A empresa está localizada em município de pequeno porte, no Estado do Paraná, e é a maior empregadora de mão-de-obra na localidade. Na região as possibilidades de trabalho estão, em geral, relacionadas a agricultura ou ao trabalho na empresa. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida, trabalho e aspectos de saúde e riscos ocupacionais, elaborado por MONTEIRO (2005). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. O banco de dados foi elaborado no programa Excel ® e para a análise e testes estáticos foi utilizado o programa SAS ® – Statistical Analysis System, versão. 9.1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 554 jovens, com idade entre 16 e 24 anos. A maioria era do sexo masculino (55,6%), com ensino fundamental completo/ensino médio incompleto (54,9%); ou ensino fundamental incompleto (30,1%) e somente 15,5% continuavam estudando. Embora fossem jovens, aproximadamente um terço (31,4%) já era casado(a) ou vivia com companheiro(a). Uma possível explicação é o fato de que constituir família faz parte dos planos destes jovens em relação ao seu futuro, talvez até mesmo por falta de outras opções. Deve ser destacado que 23,3% começaram a trabalhar antes dos 14 anos de idade, embora 42,9% tenham iniciado com 18 anos ou mais; 96,7% dos jovens tinham renda inferior a dois salários mínimos/mês, incluindo hora extra (81,4%). Em relação ao estilo de vida 12,1% eram tabagistas e 30,7% referiam ingerir bebidas alcoólicas. O Índice de Massa Corpórea – IMC da maioria dos jovens estavam entre os valores considerados normais, entre 18,5 e 24,99 kg/m², de modo diverso ao encontrado em outras pesquisas realizadas no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho – UNICAMP, com dados de trabalhadores de algumas empresas de diferentes ramos produtivos, no estado de São Paulo, Paraná e Minas Gerais.

Quanto aos aspectos de saúde 35,2% dos entrevistados tinham pelo menos uma doença com diagnóstico médico, sendo as mais frequentes: lesão por acidente, doenças músculo-esqueléticas e doenças respiratórias. Queixas de dor na última semana foram frequentes entre os jovens trabalhadores (41,0%), assim como o uso de medicamentos (21,5%). O trabalho de jovens, mesmo no emprego formal pode expô-los a riscos e perigos, que podem afetar sua saúde. Embora a escolaridade dos sujeitos estudados fosse ligeiramente acima da média brasileira (IBGE, 2005), isso não tem garantido, em geral, emprego e remuneração adequada. A empresa estudada era a maior empregadora formal de região, e uma das maiores empresas do ramo no país. Deve ser destacado ainda o início precoce no mercado de trabalho, antes dos 14 anos de idade para 23,3% dos jovens, o que pode interferir na continuidade dos estudos e no seu desenvolvimento além do relato de período de desemprego por parte dos jovens estudados (57,4%). Se o jovem não consegue completar ao menos o ensino médio, antes de entrar no



mercado de trabalho, dependendo do local em que irá trabalhar, terá dificuldades para fazê-lo, pois as jornadas de trabalho são longas – 44 horas/semana no Brasil e, muitas vezes, com realização de hora extra, fato constatado nesta pesquisa.

Observou-se que 81,4% dos jovens faziam pelo menos uma hora extra/dia, o que adicionado, ao tempo de deslocamento até o trabalho implica em longas jornadas, o que pode resultar em tempo reduzido e dificultar, entre outros motivos, o acesso à continuidade dos estudos. Um contingente elevado de jovens (40,4%) relatou viver em moradia de alvenaria incompleta/inacabada, o que pode indicar condições econômicas desfavoráveis, aliadas ao salário recebido (até dois salários mínimos), sendo que muitas vezes este valor era fundamental na composição da renda familiar. Outro aspecto a ser destacado é a presença de doenças com diagnóstico médico entre os jovens, assim como o uso de medicamentos e o relato de presença de dor na semana anterior a coleta de dados, fatores estes que podem estar relacionados ao trabalho executado, tendo em vista que há vários riscos inerentes ao processo de trabalho em indústrias de processamento de aves (Cherry, Meyer, Chen, 2001). Isto pode comprometer a saúde dos jovens e restringir suas possibilidades de desenvolvimento futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento da pobreza, especificamente em relação aos jovens está relacionado à educação formal - aprender novos conhecimentos e ter ferramentas que possibilitem ampliar a nossa visão de trabalho - e inserção no mundo laborativo de forma segura e justa. A alimentação saudável e balanceada é um aspecto fundamental a ser garantido aos jovens, tanto no trabalho, quanto na escola. No local de trabalho os trabalhadores deveriam, obrigatoriamente, ter acesso a informações relativas ao processo e organização do trabalho, aos riscos e perigos a que estão expostos; além de informações sobre as formas mais apropriadas de desenvolvimento das atividades cotidianas no trabalho, de modo a se apropriarem do conhecimento referente ao seu trabalho. Ao tornar-se protagonista, o jovem tem a possibilidade de exercer com liberdade, iniciativa e compromisso sua cidadania, participando da possibilidade de construção de um futuro digno e justo para a sociedade e o país.

REFERÊNCIAS

- CARDOSO C. P.; MONTEIRO-COCCO M. I. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p.778-85, 2003.
- CHERRY, N. M.; MEYER, J. D; CHEN, Y. et al. The reported incidence of work- related musculoskeletal disease in UK: MOSS 1997-2000. **Occupational Medicine**, v.51, n.7, p. 450-451, 2001.
- ESTEVES, M. J. L. **Implicações fisiológicas em trabalhadores expostos a ambientes frios na produção industrial dos abatedouros**. [dissertação] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **Your rights to safe and healthy work**. Advice for young people. Acesso em 03 março de 2006. Disponível em: <http://ew2006.osha.eu.int>.



- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **Respiratory sensitizers.** Facts, 39, 2003. Acesso em 27 fevereiro de 2004. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets>.
- GALASSO, L.; FISCHER, F. M. **Trabalho dos adolescentes, problemas e caminhos para uma vida melhor.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Ambiental, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores 2004.** Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- MONTEIRO, M. I. **Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, aspectos de saúde, trabalho e estilo de vida.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 1996, atualizado em 2005.
- OLIVEIRA, B. R. G.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 83-9, 2001.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. OIT. **Erradicação do trabalho infantil.** Acesso em 14 abril de 2005. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/prqatv/infocus/ipecc/erradtrabin.php>.
- UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2006.** New York: United Nations; 2006.



A EXPERIÊNCIA DO AMBULATÓRIO NA CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR¹

Cláudia Silveira Viera², Kelly Jackelini Jorge³, Michelle de Marchi Sanches⁴, Rosilene Berres⁵, Dayse Rodrigues⁶; Daiane Rodrigues⁶; Fernanda Cristina Vasconcelos⁶, Giovanna Carolina Guedes⁶; Jéssica Christina Acosta⁶; Kamila Lubenow⁶; Raquel Rech⁶; Sara Alves Ribeiro⁶; Tayná Moesch⁶ e Vanessa Rosseto⁶.

²Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP, professor Adjunto do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, Campus Cascavel, Coordenadora do projeto de extensão;

³Enfermeira, Especialista em Saúde da Criança, colaboradora no projeto;

⁴Enfermeira, Especialista em Neonatologia, docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, Campus Cascavel, colaboradora do projeto;

⁵Enfermeira da Unidade de Cuidados Intermediários do HUOP, colaboradora do projeto, e;

⁶Acadêmicos colaboradores do curso de enfermagem.

Palavras-chave: ambulatório; prematuro; egresso; seguimento; enfermagem

INTRODUÇÃO

A criança pré-termo (PT) e de baixo peso ao nascer (BPN) egressa da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), ao retornar à família, é tomada como objeto de cuidado. Um dos aspectos ligados à sobrevivência do recém-nascido PT e BPN é relativo ao período após a alta hospitalar. Nesse contexto, tem grande relevância a apreensão do modo como as famílias se organizam e dos vários fatores coexistentes, que devem ser considerados desde a alta hospitalar dessa criança até sua inserção nos programas públicos de atenção à saúde infantil. Para o planejamento do cuidado em saúde é vital conhecer os aspectos vinculados a rede social e apoio social que a família busca no cotidiano, assim como a avaliação do crescimento, desenvolvimento e necessidades de saúde após a hospitalização. Desse modo, as necessidades de saúde dessa criança não devem ser vista de forma estática e unidirecional, pois é preciso compreendê-la como sujeito em interação no processo de cuidar. Nesse sentido, os egressos das referidas unidades se encontram vulneráveis nos primeiros meses em casa devido a sua condição de prematuridade. É preciso então minimizar os efeitos da hospitalização e as possíveis sequelas decorrentes do longo período de internamento e da própria condição clínica desse grupo de pré-termos. A avaliação do crescimento, desenvolvimento e condições de saúde do PT e BPN egresso da UTI/UCIN, bem como conhecer a experiência da família no cuidado do filho após a alta hospitalar no serviço de seguimento ambulatorial e identificar as necessidades de saúde do PT e BPN e de sua família no referido período, conhecendo as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde especializados e da atenção básica em saúde são aspectos relevantes para a promoção da saúde desse grupo.

¹ Recorte do projeto de extensão intitulado “O seguimento do egresso da UTIN: A continuidade do cuidado após a alta hospitalar”



OBJETIVO

Relatar a experiência com o seguimento do RNPT e sua família após alta hospitalar no ambulatório de seguimento do prematuro.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracteriza-se como um relato de experiência do projeto de extensão cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão da Unioeste sob número 28760/2009. O seguimento do PT e BPN e sua família no ambulatório do prematuro do Hospital Universitário do Oeste do Paraná teve início em novembro de 2009 e conta com a participação de docentes e acadêmicos do terceiro ao quinto ano do Curso de Enfermagem da Unioeste e enfermeiros das unidades de Ambulatório e de Cuidados Intermediários. O referido projeto desenvolve atividades no ambulatório as segundas-feiras (manhã e tarde) e sextas-feiras (manhã e tarde), nesses dias são feitas as consultas de enfermagem agendadas na alta do bebê da UTIN/UCI seguindo um roteiro previamente elaborado contendo dados de identificação da criança e família; dados clínicos desde o nascimento até a alta; diagnósticos de enfermagem identificados na consulta e anteriores; encaminhamentos e orientações feitas na consulta e o exame físico da criança.

RESULTADOS

Até o dado momento, foram acompanhadas cerca de 40 díades. Algumas destas foram acompanhadas desde as primeiras visitas ao filho na UTIN durante sua hospitalização, havendo um contato frequente entre os extensionistas e a díade, contemplando visitas domiciliárias antes do PT/BPN receber alta da unidade e uma semana após a alta. Nesses encontros a mãe era orientada e estimulada quanto o aleitamento materno e cuidados com o bebê, bem como eram sanadas suas dúvidas e identificadas necessidades para as quais eram feitas os devidos encaminhamentos. Durante as visitas domiciliárias os extensionistas faziam contato com a Unidade Básica de Saúde do bairro que a díade pertencia informando-os sobre a possível alta hospitalar do bebê, de suas condições após a alta e das necessidades da família.

O preparo da mãe nesse período e auxílio nos cuidados básicos com o filho durante o internamento, bem como o esclarecimento de dúvidas e a continuidade deste acompanhamento por meio da visita domiciliar à díade após alta da UTIN/UCIN e nas consultas agendadas no ambulatório do prematuro fez a observação dos contatos mãe-filho durante as visitas e registrou os relatos da mãe frente à experiência de estar visitando e cuidando de seu filho durante a internação na UTIN e em casa após alta hospitalar. Em estudo desenvolvido por Viera e Mello (2009) apontaram que as famílias de PT e BPN relataram insegurança frente ao atendimento prestado pelos serviços de saúde, porque a cada encontro um novo profissional as atendia, dificultando o estabelecimento de confiança. Desse modo, não criavam vínculos com o profissional e não tinham uma pessoa de referência nos serviços a quem pudessem recorrer para auxiliá-los no cuidado de seus filhos. Em nosso projeto, as famílias conseguem estabelecer um vínculo com o extensionista, visto que o contato tem início precocemente e tem continuidade por meio das visitas domiciliárias e consulta de enfermagem no ambulatório de seguimento do prematuro. Facilitando, portanto, a interação equipe e família de egressos da UTIN/UCIN.



Este projeto vai ao encontro do apontado por Viera (2007), no qual mostrou que o seguimento da criança PT e BPN deve ser pautado no seguinte tripé: preparo da família para a alta hospitalar do bebê; atenção para um adequado período de transição hospital-domicílio e o acompanhamento da díade criança/família propriamente dito. Essas etapas são indivisíveis, devem ser articuladas e uma não pode existir sem a outra, propiciando, assim, um cuidado integrador, em que a família estará inserida no processo de cuidar em saúde, a díade criança/família terá acesso aos demais níveis de atenção à saúde e o princípio da longitudinalidade estará sendo empregado adequadamente. Contudo, nos relatos das famílias atendidas no ambulatório foi possível observar que estão amparadas por seus familiares e as instituições governamentais têm um vínculo frágil com a comunidade em que estão inseridas. A perspectiva da intersectorialidade e de integração entre os serviços encontra-se vulnerável, uma vez que não se observa os encaminhamentos das famílias para demais setores da sociedade para minimizar os problemas que enfrentam, assim como não há referência e contra-referência entre os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) e o de seguimento do bebê.

CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do referido projeto está sendo possível avaliar os egressos da UTIN/UCIN do hospital universitário, identificando as dificuldades enfrentadas pelas famílias no convívio em casa com o filho após a alta hospitalar. Durante esse período apreendemos as experiências de famílias acerca do seguimento à saúde do PT egresso da UTIN no serviço de transição hospital-domicílio, o crescimento e desenvolvimento do PT no primeiro ano de vida. O projeto ampliou o conhecimento acerca do seguimento desse grupo, contribuindo para melhoria da atenção a sua saúde, assim como possibilitou o encaminhamento dos que se encontravam com alterações no desenvolvimento e/ou crescimento e facilitou a adaptação do PT e sua família no primeiro mês em casa após a alta. Há que ressaltar, no entanto, que precisamos estabelecer um diálogo efetivo com a APS, para onde a criança e sua família deverão ser encaminhadas após a alta da UTIN/UCIN.

REFERENCIAS

- VIERA, C. S. **Experiência de famílias no seguimento do recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer no município de Cascavel – PR.** 2007. 230p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2007.
- VIERA, C.S.; MELLO, D.F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da Terapia Intensiva Neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, v.18, n1, p.74-82, 2009.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DE CONTEÚDOS POR MEIO DA ESTRATÉGIA “SHOW DA SAÚDE”

Naiza Nunes Violato¹, Claudielle Michaelsen Caetano¹, Rafael de Barba¹ e Cynthia Borges de Moura²

¹ Acadêmicos do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná;

² Psicóloga. Docente do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná;

Palavras-chave: dinâmica de grupo; educação em saúde.

INTRODUÇÃO

Profissionais de enfermagem atuam em diferentes cenários e contextos, nos quais, entre outras atividades, está a educação em saúde. PEREIRA (2003) ressalta que as ações educativas se apresentam como uma oportunidade única na promoção e manutenção da saúde, não apenas na passagem de conteúdos, mas principalmente nas práticas que visam auxiliar o indivíduo a alcançar autonomia em relação a produção de sua saúde. Segundo este autor, a educação em saúde é um instrumento poderoso no exercício de construção da cidadania.

Segundo COLOMÉ (2007), com o passar dos anos, o enfermeiro ampliou sua atuação, passando de prestador de cuidados a um constante educador. Cabe aos enfermeiros analisar e propor formas diversas de educar que atendam as necessidades de orientação e informação da população com a qual trabalham, pois a educação em saúde é uma responsabilidade da profissão. Cabe a eles ainda, segundo este autor, decidir os meios que serão utilizados para apresentar as informações e conhecimentos a seu público-alvo.

Trabalhar os conteúdos de educação em saúde por meio de dinâmicas de grupo e estratégias lúdicas, segundo PILON (1987), pode promover um espaço psicossocial alternativo, em que conflitos, temores e desconfianças possam, assim como os conteúdos, serem aceitos e trabalhados. As estratégias sempre facilitam o compartilhar pensamentos, sentimentos e conhecimentos, a partir de uma tarefa comum a todos.

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um recurso didático, no formato de um jogo, que foi elaborado e utilizado como instrumento para avaliação em educação em saúde. Os conhecimentos adquiridos pelos internos de uma comunidade terapêutica para álcool e drogas, por meio das palestras educativas realizadas por acadêmicos de enfermagem foram avaliados com este jogo. Assim, o Jogo “Show da Saúde” será apresentado, e os resultados que se podem obter a partir de sua utilização serão discutidos.

METODOLOGIA

Aplicação de uma estratégia de grupo, no formato de um jogo, intitulado: “Show da Saúde”, elaborado com base nos princípios do jogo “Show do Milhão” (programa exibido pela emissora SBT, baseado na versão em inglês “Who Wants to Be a Millionaire”).



Etapas da Aplicação do Jogo:

a) Início:

1. Explicação das regras e objetivos do jogo; em seguida, escolha dos “universitários” (três participantes mais ativos nas aulas) que serão aqueles que poderão ajudar nas respostas.
2. Divisão dos grupos: devem ser divididos dois grupos com o mesmo número de participantes em cada um.
3. Deve ser levado um baralho para ajudar nas respostas, caso tire uma carta com o número um, será eliminado um alternativa errada; número dois, duas alternativas e número três, serão eliminados as três erradas.
4. Haverá uma opção de pular a pergunta caso não saibam.
5. Cada grupo poderá solicitar ajuda dos universitários uma única vez no jogo.
6. Deve ser preparado de antemão os seguintes materiais: dados, cartas de baralho, gravata para os universitários, cartões com as perguntas e alternativas, dinheiro falso do jogo banco imobiliário, milho verde, ampulheta.

b) Desenvolvimento:

1. Serão três etapas: na primeira haverá 12 perguntas que valerão R\$ 10,00 cada resposta certa. Na segunda etapa, serão 08 perguntas com maior grau de dificuldade e valerá R\$ 50,00 cada uma. Na terceira e última etapa, serão 04 perguntas valendo R\$ 500,00 cada uma com perguntas de maior complexidade. O dinheiro utilizado será o dinheiro falso do jogo banco imobiliário ou outro tipo de cédula falsa que indique os valores referidos.
2. As perguntas serão alternadas: a primeira para um grupo, a segunda para o outro e assim sucessivamente. Essas perguntas devem ser baseadas nos temas das aulas dadas.
3. Caso dêem a resposta errada, a pergunta passará para o outro grupo que, caso responda certo, ganhará o dinheiro, porém, não poderá pedir nenhum tipo de ajuda. Se errarem também, deve ser revelada a resposta certa e a explicação sobre o assunto. Lembrando que para cada resposta errada deve ser dada essa explicação, pois se há dúvida houve má assimilação do conteúdo.
4. O tempo que será dado para responderem as perguntas será o tempo da ampulheta, ou outro tempo estipulado pelo aplicador da dinâmica.

c) Término do Jogo:

1. No final da terceira rodada, o grupo que apresentar mais dinheiro, terá a chance de responder à “Pergunta do milhão”. Se mais de um grupo tiver o mesmo valor em dinheiro, deve ser feito mais uma pergunta entre esses, para definir quem irá responder a “Pergunta do milhão”.
2. A “Pergunta do milhão” deverá ser uma pergunta simbólica, pois o grupo ganhador já foi definido, como por exemplo: “Qual (is) o(s) nome(s) do(s) aplicador (es) do jogo?” “Que dia é hoje?”, ou outra pergunta de livre escolha.
3. O prêmio por essa resposta será um “milho” verde grandão, ou seja um “milhão”, que estará embalado em uma caixinha.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com esse jogo, é possível avaliar o quanto de conteúdo foi assimilado pelos alunos durante aulas de educação em saúde, dirimir dúvidas ainda existentes e promover a interação entre o grupo. Em nossa experiência, ao aplicar o jogo, foi possível observar a adequação deste formato para os objetivos propostos, uma vez que os participantes responderam as perguntas de forma correta e segura.

Explorando métodos diferentes de fixação e avaliação dos conteúdos, é possível fazer com que esta atividade tome um formato lúdico, e mais significativo para os participantes. Segundo LIBÂNEO (1985), os métodos estão subordinados aos conteúdos: se há por objetivo dar privilégio ao saber, e de um saber ligado às realidades sociais, é necessário que esses métodos promovam concordância dos conteúdos com os interesses dos alunos, e que esses alunos percebam nos conteúdos uma ajuda no seu esforço de compreensão da realidade (prática social).

CONCLUSÕES

Percebe-se na prática que, atividades interativas entre os participantes e entre ministrantes e participantes, promovem não apenas a fixação do conteúdo, mas funcionam como uma forma eficaz de associar o aprendizado dos conteúdos à realidade social.

REFERÊNCIAS

- COLOMÉ, Juliana Silveira. **A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem: concepções dos graduandos**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2007.
- LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1985.
- PEREIRA, A. L.; LOBO, M. B.; RANGEL, D. L. O.; CARDIM, M.G. Educação em Saúde: teoria e prática de alunos de graduação em enfermagem. **Revista de Pesquisa: O cuidado é fundamental**, v. 9, n. 1/2, p.57-64, 2005.
- PILON, André Francisco. Relações Humanas com base em dinâmica de grupo em uma instituição prestadora de serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, 1987.



A APLICAÇÃO DE METODOLOGIAS LÚDICAS E INTERATIVAS PARA DISSEMINAÇÃO DA CIÊNCIA E PROMOÇÃO EM SAÚDE - ESTAÇÃO CIÊNCIA – FUNDAÇÃO PARQUE TECNOLÓGICO ITAIPU.

Lílian Lessa Cardoso¹, Rosane Meire Munhak da Silva¹
Priscila Machado de Araujo², Janine Isabel Silva Branco²,

¹ Docente do Curso de Enfermagem. Centro de Educação e Letras. UNIOESTE.

² Egressas do Curso de Enfermagem. Centro de Educação e Letras. UNIOESTE.

Palavras chave: teorias educativas; métodos de ensino; módulo da saúde.

INTRODUÇÃO

Muitos casos de doenças e mortes precoces causadas por condições desfavoráveis de vida ainda estão presentes no Brasil. Por isso, a educação em saúde tem sido muito discutida, para buscar estratégias de contribuição para o desenvolvimento da atuação positiva da população visando melhorar as condições de saúde individuais e coletivas (BRASIL, 1997).

Para atender estas premissas, a Estação Ciência elabora atividades e informações visando propiciar alternativas educativas eficientes e prazerosas para aproximar o público visitante da Ciência.

A Estação Ciência do Programa de C&T da FPTI-BR é um centro de ciências multidisciplinar, localizada nas dependências do Parque Tecnológico de Itaipu, no município de Foz do Iguaçu-PR, iniciando o atendimento ao público em setembro de 2006. Com o objetivo de popularizar, disseminar e promover a educação científica através da abordagem lúdica e interativa executa um trabalho baseado no exercício de práticas ludopedagógicas, adotando recursos didáticos simples para que essa metodologia se dissemine para as salas de aula.

A equipe da Estação Ciência formula e desenvolve atividades por meio de parceria com universidades. Projeto extensionista desenvolvido por professores orientadores, discentes bolsistas e uma equipe de monitores, composta por 07 jovens incumbidos pelo atendimento ao público e implementação das atividades educativas. A sua missão é difundir a ciência, a tecnologia e a cultura, articulando e promovendo o conhecimento científico, despertando curiosidade, por meio da experimentação interativa e lúdica, oportunizando fora da escola o ensino multidisciplinar. Para isso, há exposições, mostras e eventos para favorecer a educação científica dos visitantes, abordando diversos assuntos, divididos em 7 módulos: Biologia, Física, Astronomia, Matemática, Educação Ambiental, Informática e Saúde.

As atividades são direcionadas para alunos da 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, e alunos do ensino médio e públicos diversos, de escola privada e pública. No ano de 2008 foram aproximadamente 12 mil visitas, e cerca de 80% da rede pública de ensino.

Na Estação Ciência da FPTI os visitantes são chamados de “cientistas”, desmistificando a figura do cientista de laboratório e jaleco branco, e motivando-os a estudar, pesquisar e inventar, tornando-se sujeitos ativos da ciência. Após esta recepção, o público é convidado a embarcar em uma viagem ao mundo do conhecimento, utilizando jogos educativos e recebendo explicações sobre temas variados. Para isso, os visitantes são acompanhados por duas personagens centrais, o Maquinista Zé Fumaça e a Maria Curiosa (Figura 1), que possuem o importante papel de instigar



a curiosidade das crianças nas atividades desenvolvidas pela equipe da Estação e em conjunto com a equipe de monitores selecionam o módulo por onde passarão os “cientistas” naquele determinado dia.



Figura 1. Recepção dos escolares pelas duas personagens centrais, o Maquinista Zé Fumaça e a Maria Curiosa.

É importante esclarecer que o objetivo da Estação Ciência não é substituir as atividades escolares, mas divulgar a Ciência, demonstrá-la como um fator de transformação social, de melhoria da qualidade de vida, principalmente quando seus frutos são partilhados por todos os segmentos sociais, para isso “é preciso mexer, sentir, olhar, cheirar e fazer” (Portfólio de Apresentação do Espaço Ciência Viva Apud COSTANTIN, 2001).

MÓDULO DA SAÚDE E A PROMOÇÃO EM SAÚDE

A promoção em saúde é um processo que combina experiências de aprendizagem, com o objetivo de propiciar ações voluntárias conducentes à saúde, sendo utilizado para provocar modificações no comportamento individual e desencadear posteriormente mudanças organizacionais beneficiando camadas mais amplas da população (CANDEIAS, 1997).

De acordo com a Carta de Ottawa, elaborada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá (1986) a promoção da saúde foi definida com o objetivo de levar os indivíduos a um estado completo de bem-estar físico, mental e social, assimilando o meio para satisfazer necessidades e modificar positivamente o ambiente. Está em conformidade com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

A Estação Ciência tem como público alvo alunos do ensino fundamental, o qual favorece o processo de formação de condutas e de hábitos para a vida, bem como os princípios do auto cuidado para a qualidade de vida. Com esse objetivo, propicia-se um ambiente de reconhecimento de práticas para a promoção da saúde. Uma vez que, a maior parte das doenças infantis é oriunda a falta de saneamento básico, maus hábitos alimentares e de higiene, geralmente passíveis de prevenção.

As atividades sobre higiene e alimentação do Módulo da Saúde, envolvem atualmente os seguintes temas: 1) a pirâmide alimentar; 2) os malefícios dos alimentos *fast foods*; 3) a higiene bucal; 4) orientações sobre prevenção das verminoses; 5) a lavagem das mãos; 6) o sistema imunológico e as vacinas; 7) exercícios físicos. Salienta-se a relação entre higiene e alimentação,



facilitando o processo de identificação de situações prejudiciais à saúde, como a possibilidade de contaminação da água e de alimentos por fezes, por produtos químicos e agrotóxicos, constituindo fontes de doença (BRASIL, 1997). Estas atividades estão em [processo de consolidação](#), sendo realizadas experimentalmente desde o mês de junho de 2009.

OBJETIVO

Delimitar métodos educativos através de atividades lúdicas e interativas descritas, a fim de sensibilizar os monitores sobre a sua atuação na disseminação da Ciência e na promoção em saúde, despertando interesse para o desenvolvimento de atividades para a promoção de hábitos de vida saudáveis no espaço Módulo da Saúde - Estação Ciência – FPTI.

MATERIAL E MÉTODO

Inicialmente, os monitores foram submetidos a aulas expositivas sobre a fundamentação teórica das atividades propostas, que incluíam as teorias educativas e as práticas norteadoras da Estação Ciência, onde foram abordados os seguintes assuntos: 1) conceitos, aplicações e discussões sobre a fase do desenvolvimento das operações concretas; 2) métodos educacionais; 3) metodologia lúdica e interativa: Construtivismo e Montessori; 4) objetivo de monitorar; e 5) atividades lúdicas. Essas atividades ocorreram na Estação Ciência, em 02 dias distintos, no mês de Julho de 2009, através do recurso multimídia, computador e apresentação no programa *Power Point* (Microsoft Corp., Estados Unidos da América) e com a apresentação de 02 aulas, ministradas pela bolsista Priscila e acadêmica Janine, sendo o primeiro intitulado “Metodologias lúdicas e interativas para disseminação da Ciência”, e o segundo “Introdução ao Módulo da Saúde e a Promoção em Saúde”. Ao todo, 7 monitores e o coordenador da Estação participaram dessa atividade, a qual faz parte de uma das propostas do EC que são as palestras ministradas aos monitores.

AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO MÓDULO DA SAÚDE

Pirâmide Alimentar

Nesta atividade objetivamos apresentar a pirâmide alimentar como um instrumento facilitador da seleção de alimentos por seu nível energético e apontar a funções de tais grupos.

Para esta atividade foi necessária a preparação dos seguintes materiais: 1) Prateleira de madeira no formato de pirâmide alimentar com quatro andares nomeados respectivamente pelos níveis energéticos (Nível Regulador; Nível Construtor; Nível Energético e Nível Energético Especial); 2) Mesas escolares para dispor os alimentos simulando um mercado; 3) Brinquedos em forma de alimentos confeccionados com espumas, papelão ou embalagens de alimentos vazias e encapadas, representando: Alimentos Reguladores (hortaliças e frutas); Alimentos Construtores (leguminosas, carnes, ovos e produtos lácteos); Alimentos Energéticos e Alimentos Energéticos Especiais (açúcares, óleos e gorduras).

Para a sua execução, inicialmente dialogamos sobre a função geral dos alimentos para o corpo humano. Em seguida, solicitamos que cada visitante simule a compra de 04 itens que mais consomem no dia a dia, e que exponham esses produtos em um cesto disposto à mesa.



Apresentamos a pirâmide alimentar como instrumento que facilita a seleção de alimentos saudáveis pela representação energética através de níveis, a quantidade recomendada para ingestão e os seus respectivos benefícios para o organismo. Posteriormente, pontuamos juntamente com as crianças as classificações dos alimentos e seus conceitos e finalidades.

Cuidados na prevenção a cárie

Nesta atividade objetivamos abordar o processo de prevenção das cáries e halitose, tornar a técnica de escovação mais divertida e facilitar a memorização de tais práticas.

Nesta atividade, simulamos a escovação correta através de dentes e escova dental gigantes em que utilizamos linguagem figurada para ilustrar os movimentos: “trem” (movimento vai e vem na superfície usada para mastigar), “bola” (movimento circular para escovar a face voltada para a bochecha e a face interna dos dentes) e “vassoura” (movimentos que iniciam na gengiva à ponta dos dentes). Também são exibidas às crianças dentes com presença de cárie e tártaro, explicitando os malefícios da higiene incorreta.

Cuidados na prevenção a verminoses

Nesta atividade objetivamos sensibilizar os cientistas quanto o meio mais comum de contaminação, a fim de despertá-los para uma autoavaliação do rotineiro e importante hábito de lavagem de mãos. Juntamente, apontar e praticar a forma correta de higiene das mãos.

Para a execução desta atividade, sem que os alunos percebam, espalhamos purpurina sobre os objetos da sala, e solicitamos que eles conheçam o Módulo da Saúde. Posteriormente, promovemos breve discussão sobre hábitos saudáveis, principalmente da prática da lavagem das mãos adequada, e a facilidade com que contraímos doenças devido a falta da higiene. Como analogia, pedimos que observem as mãos e percebam que as mãos tornaram-se repletas de purpurina, como se contaminadas com microorganismos. Em seguida, aplicamos a dinâmica da lavagem de mãos, onde vedamos os olhos das crianças e aplicamos em suas mãos uma quantidade de tinta semelhante à quantidade de sabonete. Assim, solicitamos que simulem o processo de lavagem das mãos. Em seguida, retiramos a venda e solicitamos que verifiquem onde não havia ocorrido a higienização correta, esclarecendo o quanto estão suscetíveis aos hábitos incorretos. Através desta, discutimos o porquê de lavar as mãos e quais os momentos necessários para realizar esta técnica.

As vacinas

Nesta atividade objetivamos abordar a funcionalidade do sistema imunológico, demonstrar benefícios das vacinas para a proteção de doenças e tratar o medo da imunização.

Nesta atividade, explicitamos de maneira lúdica o funcionamento do sistema imunológico, explicando o “jogo da guerra contra os invasores” que ocorre constantemente no corpo humano, através de um tabuleiro no formato de corpo humano. Apresentamos pequenos bonecos vestidos de soldados, representando as células de defesa e outros bonecos caracterizados de inimigos, representando os microorganismos invasores. Desse modo, ilustramos a defesa e a eficiência do sistema imunológico, porém ressaltamos as práticas de higiene como um reforço a essas células de defesa e as barreiras de defesas naturais do corpo. Juntamente, expomos cartazes que conceituam anticorpos e microorganismos invasores, e uma história em quadrinhos que conceitua as diferentes ações de defesa do sistema imune e apontamos a ação das vacinas e a importância de manter a carterinha de vacinação em dia.



A Estrada da Saúde

Nesta atividade objetivamos resgatar e avaliar os conhecimentos e as experiências dos participantes e construir a partir destes significados desenvolvendo novos conhecimentos sobre hábitos adequados de higiene e promoção a saúde

Para esta atividade, utilizamos um jogo confeccionado na forma de estrada, que foi fixado no chão e subdividido em etapas. Os são alunos agrupados em duplas ou trios, e são solicitados a andar de acordo com o lançamento dos dados e as respostas corretas às questões elaboradas para cada figura numerada fixada ao chão, estas referentes a práticas e hábitos de saúde. Para obter o direito de prosseguir em cada etapa, o aluno precisa responder as questões corretamente, caso ao contrário, fica sem prosseguir durante uma rodada. Ao chegar à etapa final da atividade, os cientistas se encontram frente ao mural com várias gravuras representativas sobre o conceito de saúde, o chamado Mural da Saúde. Assim, realizamos um apanhado geral sobre os aspectos da saúde, a cerca dos conhecimentos fomentados e onde são expostos os conceitos e os significados da promoção em saúde individual e coletiva. As perguntas podem ser elaboradas de acordo com a necessidade dos conteúdos a serem trabalhados, possibilitando adequar o jogo com a faixa etária do grupo atendido.

RESULTADOS PRELIMINARES

O Módulo da Saúde encontra-se em fase experimental de suas dinâmicas para a sua consolidação na Estação Ciência – FPTI.

Estas atividades estão em processo de desenvolvimento, no entanto, todas as propostas sugeridas foram implementadas e o material foi preparado por toda a equipe da Estação Ciência composta por 7 monitores que foram treinados pela bolsista do módulo. Considerando que as atividades no módulo deram início no segundo semestre de 2009, atendemos aproximadamente 120 crianças nos períodos manhã e tarde.

As atividades desenvolvidas diferenciam-se em suas temáticas em relação aos demais módulos. Percebemos que a equipe demonstrou-se interessada e participativa na preparação das atividades, pois notam a relevância da abordagem dos temas sobre à promoção a saúde. Confirmando a percepção dos monitores, durante o atendimento as crianças participavam expondo suas dúvidas e curiosidades referentes aos seus hábitos de higiene e saúde.

DISCUSSÃO

Este estudo visa subsidiar o aprimoramento dos monitores para a atuação efetiva na disseminação da ciência e promoção em saúde, por meio da compreensão dos mecanismos de aprendizagem e das metodologias de ensino ao escolar, fornecendo aos professores visitantes novas estratégias para ensinar temas de saúde. Segundo Melo (2008), as atividades lúdicas não são formas mágicas, mas atraentes, estimuladoras para a construção do conhecimento. Devido a isso, tal método é utilizado na Estação Ciência para a disseminação da Ciência das diversas temáticas, juntamente com a promoção em saúde.

O Módulo da Saúde desenvolve atividades lúdicas propondo estratégias motivadoras e atraentes aos visitantes. A dinamização da aprendizagem resulta em despertar a curiosidade, para que cada visitante busque descobrir a Ciência no cotidiano (MOREIRA, 1996).



Os resultados obtidos até o momento foram satisfatórios, porém há necessidade da aplicação de um método de avaliação para mensurar o grau de aproveitamento e de repercussão dos temas desenvolvidos pelo Módulo da Saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio Ambiente e saúde**. Brasília: 128p. 1997.
- CANDEIAS, N. M. F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.
- CARTA DE OTTAWA. **1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Novembro de 1986; Ottawa. Ministério da Saúde; 2001
- CONSTANTIN, A. C. C. Museus Interativos de Ciências: Espaços Complementares de Educação Caracas, Venezuela: **Revista Científica de América-Interciencia**, maio, ano/vol. 26, número 005, pp. 195-200, 2001.
- MELO, C. M. **Ludismo: um subsídio na construção do conhecimento**. Disponível em: www.educacional.com.br/articulas/outrosEducacao_artigo.asp?artigo=artigo0046. Acesso em 20 de Julho de 2009.
- MOREIRA, P. R. **Psicologia da Educação: interação e identidade**. 2º ed. São Paulo: FTD, 1996 (Coleção aprender e ensinar).



ESTUDO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU-PR.

Samantha Larissa Torres¹, Wesley Martins¹, Oscar Kenji Nihei² e Helder Ferreira²

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Letras da UNIOESTE – Campus de Foz do Iguaçu-PR.

²Docente do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Letras da UNIOESTE – Campus de Foz do Iguaçu-PR.

Palavras-chave: Saúde escolar; Avaliação nutricional; Índice de massa corporal.

INTRODUÇÃO

Segundo Ricardo *et al.* (2009), problemas nutricionais tais como condições de baixo peso, sobrepeso e obesidade atingem um percentual elevado da população, sendo um dos principais problemas de saúde pública mundial, acometendo todas as faixas etárias da população. As causas estão fundamentalmente ligadas à vida nas sociedades modernas, associada à mudanças de comportamento, principalmente com relação à dieta e à atividade física, fatores que influenciam predispõem o surgimento de problemas nutricionais.

Na infância, a aumento da prevalência da obesidade e dos fatores relacionados a este evento tem exigido maiores cuidados (SOAR *et al.*, 2004). Na década de 70, alguns estudos sobre o tema já evidenciavam que crianças com excesso de peso teriam maiores chances de seu estado nutricional alterado manter-se durante a adolescência, e teriam mais chances de se tornarem um adulto obeso.

Há uma grande preocupação com a ocorrência desses eventos durante a infância, pois crianças com sobrepeso ou obesidade poderão desenvolver doenças crônicas não transmissíveis. Assim, a avaliação do estado nutricional no exame físico de uma criança é uma etapa fundamental para que possamos verificar se o crescimento está se afastando do padrão esperado por doença e/ou por condições sociais desfavoráveis. A avaliação do estado nutricional tem por objetivo verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, visando estabelecer atitudes de intervenção e educação em saúde (MELLO, 2002). A importância de se realizar o diagnóstico precoce de alteração do estado nutricional para a prevenção de doenças estimulou a realização deste trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

O levantamento de dados foi realizado na Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”, e realizado no período de agosto de 2009 a março de 2010. Foram coletadas medidas antropométricas (peso e estatura) para o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e verificação do estado nutricional de 325 escolares de 1ª a 4ª série. Foram caracterizados com baixo IMC as crianças que possuíam IMC abaixo do percentil 3; as crianças com percentil acima de 3 e abaixo de 85 foram consideradas eutróficas; crianças com IMC acima do percentil 85 e abaixo de 97 foram consideradas com sobrepeso, e as crianças com percentil acima de 97 foram consideradas



obesas.

Para a comparação dos dados obtidos nesta atividade desenvolvida pelo grupo de extensão do Curso de Enfermagem – UNIOESTE (Foz do Iguaçu) com os dados da literatura científica foi realizado uma revisão bibliográfica no banco de dados online da Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) referente aos artigos nacionais e internacionais que estudaram o mesmo tema, sendo utilizadas como palavras-chave acuidade visual e escolares.

Nesta busca, foram encontrados 54 artigos, que foram analisados e seus dados tabulados, sendo extraídos as principais informações, como os objetivos do estudo, local da pesquisa, número de escolares participantes, faixa etária, metodologia aplicada e resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados na Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci” 325 alunos de 1ª a 4ª série, destes, obtivemos os seguintes resultados: 45 (14%) escolares com sobrepeso, 45 (14%) com obesidade, 13 (4%) com baixo IMC e 222 (68%) eutróficos (Gráfico 1). Com os dados obtidos através da revisão bibliográfica, extraído de 54 artigos nacionais e internacionais, foram encontrados os seguintes resultados: 47.760 escolares avaliados em pesquisas, sendo que destes, 28.895 (60,5%) mostraram-se eutróficos, 5.106 (10,7%) com baixo IMC, 11.572 (24,2%) com sobrepeso e 2.197 (4,6%) obesos (Gráfico 2). A média da faixa etária das crianças que participaram desses estudos foi de 7 a 10 anos de idade.



Gráfico 1. Diagnóstico nutricional de 325 escolares do ensino fundamental da Escola Municipal ‘Padre Luigi Salvucci’, baseado nos seus IMC – agosto de 2009 a março de 2010.



Gráfico 2. Diagnóstico nutricional de escolares, baseado no seu IMC, segundo dados obtidos e compilados a partir de artigos da literatura científica referente aos dados de 54 artigos científicos obtidos no banco de dados Scielo, até julho de 2010.



CONCLUSÕES

Os dados da literatura científica, obtidos através da análise de artigos encontrados no banco de dados bibliográficos online Scielo, indicam que o perfil nutricional dos alunos da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci” avaliados até o momento apresenta um menor percentual de alunos com sobrepeso e maior percentual de alunos com obesidade quando comparados com os estudos de outras regiões do país.

REFERÊNCIAS

- MELLO, D.E. O que significa a avaliação do estado nutricional. **Journal of Pediatrics**, v.78, p. 357-8, 2002.
- RICARDO, G.D.; CALDEIRA, G.V.; CORSO, A.C.T. Prevalência de sobrepeso e obesidade e indicadores de adiposidade central em escolares de Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.3, p. 424-35, 2009.
- SOAR, C. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de uma escola pública de Florianópolis, Santa Catarina. **Saúde Materno Infantil**, v.4, n.4, p.391-397, 2004.



AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DA ESCOLA “PADRE LUIGI SALVUCCI” DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU-PR.

Isleania Maria Marques Moreira Rosa¹; Vanessa Trento²; Bianca da Silva Alcântara Pereira³; Célia Ortellado³; Keli Cristina Cofsevicz³; Mirna Chamorro Aguero³; Nelise D. Vieira da Silva³; Suellen Costa dos Santos³; Vanessa Zanini³; Oscar Kenji Nihei⁴; Marieta Fernandes Santos⁵ e Helder Ferreira⁶.

^{1,2} Bolsistas da PROEX/UNIOESTE - Acadêmicas do Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Foz do Iguaçu-PR.

³ Acadêmicos do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR.

⁴ Pós-Doutor em Imunologia, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Colaborador do Projeto.

⁵ Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Orientadora do Projeto.

⁶ Mestre em Análises Clínicas, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Coordenador do Projeto.

Palavras-chave: Avaliação nutricional; Ensino Fundamental; Saúde Escolar.

INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência da obesidade, a redução da desnutrição e as mudanças no padrão de consumo alimentar são características do processo de transição nutricional e variam de acordo com o grau de desenvolvimento de cada país (POPKIN, 1998).

No Brasil, tem sido detectada a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade, não apenas na população adulta, mas também em crianças e adolescentes (WANG *et al.*, 2002).

A obesidade está associada ao desenvolvimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hiperlipidemia, entre outras. Isso mostra a importância do diagnóstico precoce de sobrepeso e obesidade para a saúde pública (WILL *et al.*, 2005).

As estimativas existentes apontam que, no período de 1980 a 1990, a prevalência de obesidade em crianças aumentou de 200 a 500% nos países desenvolvidos, e até 400% nos países subdesenvolvidos. No Brasil, a prevalência aumentou de 4% para 14% (FLYNN *et al.*, 2006). No entanto, os programas de prevenção e tratamento da obesidade nesta faixa etária eram limitados neste período (FLYNN *et al.*, 2006)

A avaliação do estado nutricional é uma etapa fundamental no exame físico de uma criança, para que possamos verificar se o crescimento está ocorrendo adequadamente (MELLO, 2002).

Para monitorar a situação alimentar e nutricional da população o Ministério da Saúde criou o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que corresponde a um sistema de coleta, processamento e análise contínuo dos dados de uma população, possibilitando



diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais e, também, dos fatores de sua determinação (BRASIL, 2004).

Entre as metodologias de avaliação nutricional, destacamos a antropometria, método de obtenção de medidas corporais de indivíduos que permite determinar o estado nutricional de indivíduos e populações; é de fácil aplicação em todos os serviços de saúde, prático e amplamente aceito pela população, por ser um método não invasivo (BRASIL, 2004). Destacamos também a importância de conhecer os hábitos alimentares da população e a importância da escola e da família na formação dos hábitos alimentares dos escolares.

O aumento da prevalência das condições de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes, e a importância de se realizar o diagnóstico precoce para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis futuras, estimulou a realização deste trabalho.

OBJETIVOS

Obter o perfil nutricional dos escolares do ensino fundamental da região da Vila C do município de Foz do Iguaçu-PR e encaminhar os alunos com problemas nutricionais para o serviço de saúde especializado.

METODOLOGIA

Este projeto de extensão foi desenvolvido na Escola “Padre Luigi Salvucci”, localizado na região da Vila C do município de Foz do Iguaçu-PR. Esta região é caracterizada por um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Inicialmente, realizamos visitas na escola para a obtenção da autorização para a realização do projeto, e em seguida, encaminhamos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pais para a realização das avaliações e reavaliações nutricionais.

A equipe de discentes do projeto foi treinada para a realização da avaliação nutricional e para o preenchimento dos formulários do Sistema de Informação e Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do município, com o acompanhamento dos docentes do Curso de Enfermagem da Unioeste – Campus de Foz do Iguaçu. Na avaliação nutricional, a aferição do peso foi realizada utilizando-se uma balança digital portátil (capacidade até 150Kg e precisão de 100g), com as crianças descalças, usando roupas leves e posicionadas no centro da balança. Para a aferição da altura, as crianças foram medidas na posição em pé, descalças e com auxílio de um estadiômetro vertical. Os dados pessoais e das aferições de cada escolar foram registradas no formulário do SISVAN, para que posteriormente fosse inserido neste sistema. Todos os dados coletados foram tabulados e processados, utilizando-se o programa Excel (Microsoft Corporation, EUA) e as tabelas foram geradas através do programa Epi InfoTM, versão 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA).

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Em 2009, foram avaliados 268 alunos, sendo 141 (52,6%) do sexo feminino e 127 (47,4%) do sexo masculino, e apresentando uma faixa etária de 5 a 14 anos de idade com uma média de 8,86 anos ($8,86 \pm 1,78$). Quando analisados por turma, foram avaliadas 9 (3,4%) crianças do 1º ano, 60 (22,4%) do 2º ano, 43 (16%) da 2ª série, 81 (30,22%) da 3ª série e 75 (28%) da 4ª série (Tabela 1). Dos 268 alunos avaliados, obtivemos 184 (68,6%) alunos com IMC



de padrão eutrófico e 84 (31,4%) alunos que apresentaram IMC fora do padrão eutrófico. Desses 84 alunos, 42 (15,7%) apresentaram sobrepeso e 35 (13,1%) apresentaram obesidade, que somados representam 77 alunos acima do peso (28,73%). Em contrapartida, apenas 7 (2,6%) alunos apresentaram IMC abaixo do peso.

Outros estudos nacionais, realizados em outros municípios, apresentam os seguintes dados nutricionais de escolares: 21,1% de alunos acima do peso (12,9% com sobrepeso e 8,2% com obesidade) em um estudo realizado em Recife – PE, 22,1% de alunos acima do peso (16,8% com sobrepeso e 5,3% com obesidade) em Brasília – DF, e 38,3% de alunos acima do peso (19,8% com sobrepeso e 18,5% com obesidade) em São Paulo – SP (SILVA *et al.*, 2005, GIUGLIANO e CARNEIRO, 2004; LOPES *et al.*, 2010). Comparativamente, o percentual de alunos acima do peso (alunos com sobrepeso e obesidade somados) detectado em nosso projeto (28,73%) pode ser considerado elevado, ficando abaixo apenas da taxa encontrada em São Paulo-SP, mas superior á taxa encontrada no estudo realizado em Recife-PE e Brasília-DF.

Tabela 1: Resultados da avaliação nutricional de escolares do ensino fundamental da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”, 2009.

*Diagnóstico Nutricional	Sexo		Total
	F	M	
Baixo IMC	4 (2,84%)	3 (2,36%)	7 (2,6%)
Eutrófico	100 (70,92%)	84 (66,14%)	184 (68,6%)
Obesidade	15 (10,64%)	20 (15,75%)	35 (13,1%)
Sobrepeso	22 (15,60%)	20 (15,75%)	42 (15,7%)
TOTAL	141 (100%)	127 (100%)	268 (100%)

*Valores da tabela expressos em número absoluto, seguido do percentual entre parênteses.

Em nosso trabalho, do total de 84 alunos com IMC não eutrófico, 51 foram reavaliados no ano de 2010 (Tabela 2), sendo 23 (45,1%) alunos do sexo feminino e 28 (54,9%) do sexo masculino. Nesta reavaliação, apenas 6 (11,7%) alunos apresentaram IMC eutrófico passados alguns meses da primeira avaliação nutricional, confirmando a maioria dos dados obtidos inicialmente.



Tabela 2: Reavaliação nutricional, realizado em 2010, dos escolares do ensino fundamental da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci” que apresentaram IMC não eutrófico no ano de 2009.

*Diagnóstico Nutricional	Sexo		Total
	F	M	
Baixo IMC	2 (8,7%)	1 (3,6%)	3 (5,8%)
Eutrófico	3 (13,1%)	3 (10,7%)	6 (11,8%)
Obesidade	9 (39,1%)	12 (42,85%)	21 (41,2%)
Sobrepeso	9 (39,1%)	12 (42,85%)	21 (41,2%)
TOTAL	23 (100%)	28 (100%)	51 (100%)

*Valores da tabela expressos em número absoluto, seguido do percentual entre parênteses.

CONCLUSÕES

Neste estudo, detectamos um percentual elevado (28,73%) de alunos do ensino fundamental que estavam acima do peso (sobrepeso ou obesidade), indicando a importância da realização da avaliação nutricional em escolares, da detecção precoce de problemas nutricionais e do encaminhamento dos alunos, com IMC não eutrófico, ao serviço especializado de orientação e acompanhamento. Nossos dados, obtidos a partir da avaliação de alunos residentes, em sua maioria, em uma região com baixo IDH, também indicam a importância de orientar as crianças a respeito da alimentação saudável como uma forma de prevenção e promoção de saúde, envolvendo família, escola, governo e a sociedade em geral. Tendo em vista que as alterações do estado nutricional prejudicam o desenvolvimento fisiológico e social da criança, a avaliação e a orientação nutricional mostram sua importância na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância alimentar e nutricional. **SISVAN: Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FLYNN MA, MCNEIL DA, MALOFF B, FORD C, TOUGH SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, v.7, Suppl 1, p.7-66, 2006.
- GIUGLIANO, Rodolfo; CARNEIRO, Elizabeth C. Fatores associados à obesidade em escolares. *Journal of Pediatrics*. v.80, n.1, p.17-22, 2004.



- LOPES, Patrícia Carriel Silvério; PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida; COLOMBO, Patrícia. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.1, p.73-78, 2010.
- MELLO, Elza Daniel. O que significa a avaliação do estado nutricional. **Journal of Pediatrics**, v.78, n.5, 2002.
- POPKIN, B.M. The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. **Public Health Nutrition**, v.1, p5-21, 1998.
- SILVA, Giselia Alves Pontes da; BALABAN, Geni; MOTTA, Maria Eugênia F. de A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v.5, n.1, p.53-59, 2005.
- WANG Y., MONTEIRO C.A., POPKIN B.M. Trend of obesity and underweight in older children e adolescents in the USA, Brazil, China and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.75, p.971-7, 2002.
- WILL B., ZEEB H., BAUNE T. Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v.5, p.45, 2005.



ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS RENAIAS NA POPULAÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU E REVISÃO BIBLIOGRAFIA SOBRE A ÁREA DE ENFERMAGEM EM NEFROLÓGICA

Hallen Kelly Nunes¹ e Oscar Kenji Nihei²

¹Acadêmica formanda do curso de enfermagem - Unioeste - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu - CEL- Centro de Educação e Letras.

²Professor do curso de enfermagem - Unioeste - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu - CEL- Centro de Educação e Letras.

Palavras-chave: Pesquisa bibliográfica; Enfermagem baseada em evidências; Rim; Aparelho geniturinário.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças crônicas são responsáveis por mais de 24 milhões de mortes por ano em todo o mundo, e a população adulta, que vem aumentando, está exposta a elas. Com o aumento da incidência das doenças crônicas, faz-se necessário a ampliação do foco da atenção à saúde, enfatizando a prevenção, tratamento e manuseio das condições crônicas, e a enfermagem exerce papel fundamental neste processo de saúde-doença. Dentre as doenças crônicas mais frequentes na população mundial estão a hipertensão e o *diabetes mellitus*, que são os principais fatores de risco para a doença renal crônica (DRC), projetando as doenças renais como um grande problema de saúde pública mundial. A enfermagem em nefrologia é a área especializada da enfermagem que atende as necessidades específicas dos indivíduos com doença renal e seus familiares.

A alta prevalência de doenças crônicas, em particular, das doenças renais, tem estimulado a realização de estudos sobre essa temática, assim como o desenvolvimento da área de enfermagem em nefrologia (COUNCIL OF NEPHROLOGY NURSES AND TECHNICIANS OF THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2005; DIRKS *et al.*, 2006). No mundo, seis de cada dez mortes são causadas por doenças não-transmissíveis, três por doenças transmissíveis ou infecciosas e uma por causas externas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Em 2006, no mundo, mais de seis milhões de pessoas sofriam de doenças renais e do sistema urinário (DIRKS *et al.*, 2006). No mesmo ano, no Brasil, estimou-se que aproximadamente 3,1 milhão de brasileiros (1,7% da população) sofriam de algum déficit da função renal, e cerca de dois milhões teriam insuficiência renal crônica (IRC) em variados graus de comprometimento (SESSO, 2006). No entanto, nota-se que no Brasil ainda são raras as publicações com informações epidemiológicas sobre a incidência de doenças renais (COSAC *et al.*, 2001). A enfermagem envolve a atuação profissional na área da saúde com o objetivo de oferecer cuidado humano, através da assistência direta ou indireta, com o planejamento de intervenções voltadas à atenção integral ao paciente/cliente, incluindo seus familiares (BRUNNER & SUDDARTH, 1998).



OBJETIVO

Obter o perfil epidemiológico das doenças renais que acometem a população de Foz do Iguaçu-PR e realizar revisão bibliográfica sobre enfermagem em nefrologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa bibliográfica descritiva e documental de abordagem transversal e quantitativa. A primeira etapa do trabalho consistiu na análise epidemiológica dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares do Departamento de Informática do SUS (SIH/DATASUS) disponível *online* no site: www.datasus.gov.br, referentes ao número de internações hospitalares devido a casos de doenças relacionadas ao aparelho geniturinário ocorridas no município de Foz do Iguaçu, no período de 1984 a setembro de 2009.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na revisão bibliográfica, da literatura nacional e internacional, sobre Enfermagem em Nefrologia, utilizando os dados disponíveis em diferentes bancos de dados bibliográficos eletrônicos, livros e periódicos. Os dados foram buscados cruzando os descritores *enfermagem* ou *enfermeiro* e os descritores *nefrologia*, *rim*, *renal*, *urogenital* e *urinário*; utilizados em português, inglês e espanhol. A revisão bibliográfica foi realizada utilizando-se os bancos de dados eletrônicos: SCIELO, LILACS, BDNF e PUBMED.

Os dados foram tabulados utilizando-se o programa Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos da América [EUA]). O processamento das informações (obtenção de média, desvios padrões e testes estatísticos) foi realizado utilizando-se programa Excel (Microsoft Corp.) e o GraphPad Prism v. 4.0. (GraphPad Software, Inc., San Diego, CA, EUA).

RESULTADOS

ANÁLISE DE DADOS DO SIH/SUS

No SIH/SUS é possível acessar dados referentes às internações hospitalares em dois períodos, de 1984 a dezembro de 1997, classificados pela CID-9, e de janeiro de 1998 a agosto de 2009, classificados pela CID-10. Não detectamos o registro de internação hospitalar de janeiro de 1984 a dezembro de 1991, somente a partir de janeiro de 1992.

No período de janeiro de 1998 a agosto de 2009, foram registrados no SIH/SUS, um total de 183.339 internações hospitalares em Foz do Iguaçu-PR (Tabela 1).

As doenças do aparelho geniturinário representadas pelo capítulo XIV da CID-10, foram responsáveis por 10.211 (5,57%) internações hospitalares no município, constituindo a 7ª causa de internação no período, ficando atrás das internações devido a “Gravidez, parto e puerpério” (59.430 internações; 32,42%), “Neoplasias malignas e/ou benignas” (22.709 internações; 12,39%), “Doenças do aparelho respiratório” (15.778 internações; 8,61%), “Doenças do aparelho circulatório” (12.771 internações, 6,97%) e devido a “Lesões, envenenamentos” (11.825 internações; 6,45%) (Tabela 1).



Tabela 1 - Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, no período de janeiro/1998 a agosto/2009, em Foz do Iguaçu, classificadas segundo a CID-10, e ordenadas decrescentemente segundo o número de internações no período.

Capítulos do CID-10	Internações (N. absoluto)	%
1. XV – Gravidez, parto e puerpério	59430	32,42
2. II – Neoplasias (tumores)	22709	12,39
3. X – Doenças do aparelho respiratório	15778	8,61
4. XI – Doenças do aparelho digestivo	13550	7,39
5. IX – Doenças do aparelho circulatório	12771	6,97
6. XIX – Lesões envenenamento e algumas outras consequências causas externas	11825	6,45
7. XIV – Doenças do aparelho geniturinário	10211	5,57
8. I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7104	3,87
9. XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal	4328	2,36
10. XIII – Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	4154	2,27
11. XXI – Contatos com serviços de saúde	4140	2,26
12. XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratoriais	4039	2,2
13. V – Transtornos mentais e comportamentais	2471	1,35
14. XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2358	1,29
15. VI – Doenças do sistema nervoso	2353	1,28
16. IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1614	0,88
17. III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtorno imunitário	1589	0,87
18. VII – Doenças do olho e anexos	1275	0,7
19. XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1238	0,68
20. XX – Causas externas de morbidade e mortalidade	237	0,13
21. VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide	165	0,09
TOTAL	183339	100,00

Compreendendo o período de janeiro/1992 a agosto/2009, foram registrados um total de 16.549 internações hospitalares devido a doenças do aparelho geniturinário no município de Foz do Iguaçu-PR, sendo 5.273 internações (31,86%) de pacientes do sexo masculino e 11.276 (68,14%) internações de pacientes do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 – Número absoluto de internações hospitalares registradas no SIH/SUS, no período de janeiro/1992 a agosto/2009, em Foz do Iguaçu - PR, devido a doenças do aparelho geniturinário, segundo o gênero.

Gênero	1992/1997	1998/2007	2008/2009	Total gênero
Masculino	1530	3009	734	5273 (31,86%)
Feminino	4808	5471	997	11276 (68,14%)
Total	6338	8480	1731	16549



No período de janeiro de 1998 a agosto de 2009, a faixa etária com o maior número de internações registradas no SIH/DATASUS devido a doenças do aparelho geniturinário foi a de 30 a 39 anos (1848 internações), seguido da faixa etária de 40 a 49 anos (1786 internações), e da faixa etária de 20 a 29 anos (1725 internações) (Tabela 3). O maior número de internações ocorreu nos anos de 2003 e 2004 (Tabela 3).

Tabela 3 - Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, no período de janeiro/1998 a agosto/2009, no município de Foz do Iguaçu - PR, devido a doenças do aparelho geniturinário, segundo faixa etária.

Faixa etária	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Menor de 1 ano	7	8	9	5	3	12	9	15	4	10	22	16	120
1 a 4 anos	37	44	48	14	14	18	31	20	27	49	55	50	407
5 a 9 anos	43	34	41	24	12	30	31	27	29	58	42	35	406
10 a 14 anos	34	41	41	19	24	25	23	32	26	34	26	34	359
15 a 19 anos	64	61	95	61	71	74	72	60	42	47	39	54	740
20 a 29 anos	138	174	152	142	195	200	220	145	99	79	95	86	1725
30 a 39 anos	146	155	159	157	199	237	238	126	83	81	154	113	1848
40 a 49 anos	86	116	148	140	166	241	232	160	90	70	177	160	1786
50 a 59 anos	64	77	93	87	116	126	126	93	60	57	137	118	1154
60 a 69 anos	67	78	105	98	81	85	83	69	60	53	80	73	932
De 70 a 79	35	47	79	71	39	40	35	28	21	33	66	55	549
Acima de 80	11	16	17	16	11	13	20	8	9	20	21	23	185
TOTAL	732	851	987	834	931	1101	1120	783	550	591	914	817	10211

RESULTADOS REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na revisão da literatura proposta realizada sobre “enfermagem em nefrologia”, a pesquisa nos quatro bancos de dados bibliográficos adotados, BDEF, SCIELO, LILACS e PUBMED, utilizando-se os descritores nefrologia, rim, renal, geniturinário ou urinário, em combinação com os descritores enfermagem ou enfermeiro, nos três idiomas (inglês, espanhol ou português), resultou em um total de 2485 documentos publicados sobre o tema. No Scielo, foram encontradas 198 publicações, utilizando-se o cruzamento dos descritores propostos. Em uma primeira análise, considerando-se o título e resumo do documento, verificou-se que 145 estavam de alguma forma relacionados ao tema enfermagem e nefrologia, e em uma segunda análise, comparando-se o resultado dos diferentes descritores utilizados, apenas 57 documentos foram selecionados para a análise final (do resumo e/ou da publicação integral), uma vez que, muitos documentos apareceram repetidas vezes no resultado de diferentes descritores utilizados.

No BDEF, foram encontrados 567 publicações sobre o tema e 67 foram selecionados. No LILACS, 793 publicações foram encontradas e 53 foram selecionados. No PUBMED somente os descritores enfermagem e nefrologia foram utilizados, nos três idiomas: português, inglês ou espanhol. No entanto, somente quando utilizamos os descritores em inglês o sistema acusou publicações na área, não sendo encontrado nenhuma publicação, com os descritores em português ou espanhol. Com o descritor *nephrology nursing* (enfermagem em nefrologia), foram encontrados 927 publicações, destas 598 estavam relacionadas ao assunto e todos foram selecionados, pois nenhum se repetiu (Tabela 4).



Ao final do levantamento, das 2485 publicações encontradas, somente 775 abordavam o tema da pesquisa e não se repetiram, e foram utilizados nessa pesquisa, das publicações consideradas relacionadas ao tema, o índice de intersecção das publicações foi de 55,18%.

Tabela 4 – Total de publicações encontrado sobre o tema Enfermagem em Nefrologia, por banco de dados bibliográficos consultados.

	SCIELO	BDEF	LILACS	PUBMED	Total
Publicações encontradas	198	567	793	927	2485
Publicações relacionadas	145	429	557	598	1729
Publicações selecionadas	57	67	53	598	775

CONCLUSÃO

As doenças do aparelho geniturinário constituem uma importante causa de internações no município de Foz do Iguaçu- PR, posicionada na 7ª colocação, à frente das internações devido às doenças infecciosas e transtornos mentais e comportamentais. As doenças do aparelho geniturinário foram predominantes no público feminino no período de 1984 a ago/2009, representando 68,14% das internações. A faixa etária mais afetada foi a de 20 a 49 anos. Na revisão da literatura sobre Enfermagem em Nefrologia foram encontrados um total de 775 artigos relacionados com o tema.

REFERÊNCIAS

- BRUNNER, Lillian Sholtis & SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem médico - Cirúrgica**. 8 ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, vol. I pag. 03-20,1998.
- COSAC, Silvana; GUIMARÃES, Reinaldo & LOURENÇO, Ricardo. A pesquisa em epidemiologia no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, Ago. 2001.
- COUNCIL OF NEPHROLOGY NURSES AND TECHNICIANS OF THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (NKF). **Renal career fact sheet: nephrology nurse**. [Web document]. New York, NY: The Foundation, 2005. Disponível em: <http://www.kidney.org/professionals/CNNT/nurscnnt.cfm> Acesso em: 11 set. 2009.
- DIRKS, John *et al.* **Disease Control Priorities in Developing Countries: Diseases of the Kidney and the Urinary System**. Washington (DC), World Bank; 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=dcp2&part=A5062>. Acesso em: 10 set. 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Statistics 2009**. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html> Acesso em: 10 abr. 2010.
- SESSO, Ricardo. **Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Coordenadoria de Controle de Doenças - Centro de Vigilância Epidemiológica - "Prof. Alexandre Vranjac". São Paulo, 2006.



AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE BAIXA ACUIDADE VISUAL DE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DA ESCOLA MUNICIPAL “PADRE LUIGI SALVUCCI” DA REGIÃO DA VILA C DE FOZ DO IGUAÇU-PR, BRASIL.

Vanessa Trento¹, Isleânia Maria Marques Moreira Rosa², Marcelle Saldanha Silva³, Eliane Olkoski³, Naiza Nunes Violato³, Claudielle Michaelsen Caetano³, Lourdes Aparecida Castro³, Patrícia M. Sakai³, Oscar Kenji Nihei⁴, Helder Ferreira⁵ e Marieta Fernandes⁶.

^{1,2}Bolsistas PROEX Acadêmicas do Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Foz do Iguaçu-PR.

³Acadêmicos do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR.

⁴Pós-Doutor em Imunologia, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Colaborador do Projeto.

⁵Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Orientador do Projeto.

⁶Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Coordenadora do Projeto.

Palavras-chave: acuidade visual; ensino fundamental; saúde escolar.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde ocular é um princípio básico de incremento na qualidade de vida, pois uma melhor capacidade visual permite o desenvolvimento social e pessoal, a melhora no rendimento escolar e a participação plena na sociedade (Bechara; Kara-José, 1987).

Em saúde pública é muito dispendioso a investigação e exame em massa de problemas oculares em crianças por oftalmologistas. Uma das soluções viáveis propostas é a realização de triagem por pessoal não-médico, treinado e supervisionado, em populações de escolares, para posterior avaliação por oftalmologistas (Júnior *et al.*, 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a acuidade visual é considerada como o parâmetro mais indicado da função visual, sendo que a aplicação desse teste não requer treinamento prolongado dos examinadores e nem uso de equipamentos sofisticados (OMS apud Temporini, 1977).

Neste trabalho, descrevemos os resultados da avaliação da acuidade visual dos alunos do ensino fundamental da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”.

OBJETIVO

Identificar escolares com baixa acuidade visual e encaminhá-los para o atendimento oftalmológico do Sistema Único de Saúde (SUS).

MATERIAL E MÉTODOS

As atividades de extensão foram organizadas através da realização de reuniões periódicas com o grupo de discentes e docentes extensionistas. Todos os integrantes do grupo receberam treinamento para a aplicação do teste de acuidade visual. A avaliação do teste de acuidade visual



(AV) foi realizada através da utilização da tabela optométrica de Snellen, preferencialmente utilizando-se a tabela para alfabetizados. A avaliação foi realizada a uma distância de 6,1 metros, iniciando-se com a avaliação do olho direito e depois do olho esquerdo. Seguiu-se a identificação dos optótipos. Os alunos que já utilizavam lente corretiva realizavam o teste, primeiramente sem óculos, e depois com óculos. Usamos como critério de baixa acuidade visual o resultado de $AV \leq 0,7$ em pelo menos um dos olhos avaliados (Temporini *et al.*, 1977). Baseado nesse critério os alunos que não identificaram os símbolos referentes ao nível 0,8 (20/25), foram considerados com baixa acuidade visual. Após um período de algumas semanas, os escolares que apresentaram baixa acuidade visual foram convidados a realizar um reteste para confirmar o resultado inicial. Os pais dos escolares receberam informações a respeito desta atividade sendo solicitada a autorização para a sua realização nos escolares, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Neste trabalho, apresentamos os dados referentes às avaliações de acuidade visual realizadas no período de julho de 2009 a abril de 2010, dos alunos do 1º ano, 2º ano, 2ª séries, 3ª séries e 4ª séries do ensino fundamental da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”, localizada na região da Vila C do município de Foz do Iguaçu-PR. Os exames foram realizados na Biblioteca da escola, um local amplo e com boa iluminação, adequado para a realização da avaliação de AV. Os dados obtidos de cada aluno foram registrados, tabulados e analisados. Aqueles alunos que apresentaram baixa acuidade visual durante o teste e o reteste foram orientados a se encaminharem para o atendimento oftalmológico do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados obtidos foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel®.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Neste trabalho, incluímos os dados dos alunos avaliados no período de agosto de 2009 a março de 2010. Neste período, avaliamos a acuidade visual de 308 (100%) escolares (faixa etária de 5 a 12 anos de idade), sendo 52 alunos do 1º ano, 57 do 2º ano, 47 da 2ª série, 78 da 3ª série e 74 da 4ª série. Do total de alunos avaliados, 51 alunos (16,6%) apresentaram baixa AV. O maior percentual de alunos com baixa AV foi detectado no 1º ano (32,7% dos alunos do 1º ano avaliados) (Tabela 1).

Tabela 1: Número e percentual de escolares avaliados, agrupados por ano/série, do ensino fundamental da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”, julho de 2009 a março de 2010.

Série/ano	Número e percentual de alunos avaliados	Número e percentual de alunos com baixa acuidade visual ($AV \leq 0,7$)
1º Ano	52 (16,9%)	17 (32,7%)
2º Ano	57 (18,5%)	9 (15,8%)
2ª Série	47 (15,3%)	3 (6,4%)
3ª Série	78 (25,3%)	12 (15,4%)
4ª Série	74 (24,0%)	10 (13,5%)
Total	308 (100%)	51 (16,6%)

Do total de 51 alunos com baixa acuidade visual, a AV de 0,7, em pelo menos um dos olhos, foi o mais frequente, seguido da AV de 0,5, que constituem em ambos os casos um comprometimento visual (CV) leve, segundo o Conselho Internacional de Oftalmologia



(International Council of Ophthalmology, 2002). Os casos mais acentuados de baixa acuidade visual foram de 6 escolares que apresentaram AV de 0,2, constituindo CV moderado (Tabela 2).

Tabela 2: Resultado do teste acuidade visual aplicado nos escolares da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”, julho de 2009 a março de 2010.

<i>Acuidade Visual*</i>	<i>Número de alunos</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
0,8 (20/25) a 2 (20/10)	257	83,44 %
0,7 (20/30)	30	9,74%
0,5 (20/40)	11	3,57%
0,4 (20/50)	4	1,29%
0,2 (20/100)	6	1,95%.
0,1 (20/200)	0	0
Total	308	100%

*Acuidade visual apresentada na notação decimal seguida da notação de Snellen entre parênteses.

Analisando outros estudos da literatura, realizados com escolares de outros municípios do país, foram detectados diferentes índices de baixa acuidade visual: 33,7% nos escolares das cidades do nordeste do Rio Grande do Sul; 17,1% em Londrina – PR; 14,6% em Ibiporã – PR; 15,1% em Pelotas – RS e 10,88% em Passo Fundo-RS (Simionato *et al.*, 2007; Lopes *et al.*, 2002; Schimiti *et al.*, 2001; Granzoto *et al.*, 2003).

Comparativamente, o percentual de baixa acuidade visual (16,6%) detectado nos alunos da escola “Padre Luigi Salvucci”, avaliados no período de julho de 2009 a março de 2010, pode ser considerado similar ao encontrado nos escolares avaliados em Londrina (17,1%) e superior ao percentual encontrado nos escolares de Ibiporã-PR, Pelotas-RS e Passo Fundo-RS. Neste trabalho, todos os alunos com baixa acuidade visual confirmada no reteste foram encaminhados à Unidade de Saúde do bairro para que esta viabilizasse as consultas oftalmológicas e a assistência adequada.

CONCLUSÃO

Este trabalho é o resultado de um projeto de extensão que envolveu docentes e discentes do Curso de Enfermagem da UNIOESTE e a Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci” de Foz do Iguaçu-PR. Com este trabalho, concluímos a avaliação da maioria dos alunos da Escola “Padre Luigi Salvucci”, e detectamos que, de um total de 308 alunos avaliados, no período de julho de 2009 a março de 2010, 51 (16,6%) alunos apresentaram baixa acuidade visual ($AV \leq 0,7$). Na próxima etapa deste projeto de extensão, iniciaremos a avaliação da acuidade visual dos alunos de outra escola municipal da região da Vila C, que constitui uma região de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município de Foz do Iguaçu, dando continuidade à detecção precoce dos problemas visuais em escolares do ensino fundamental e na promoção da saúde.



REFERÊNCIAS

- BECHARA S.J.; KARA-JOSÉ, Newton. Detecção e tratamento de pacientes amblíopes na cidade de São Paulo, SP (Brasil). **Revista Saúde Pública**, v. 21, n.4, p. 326-330, 1987.
- GRANZOTO, José Aparecido; OSTERMANN, Carolina S.P.Esteves; BRUM, Livia Freire; PEREIRA, Pablo Gnutzmann; GRANZOTO, Ticiane. Avaliação da acuidade visual em escolares da 1ª série do ensino fundamental. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 66, p. 167-171, 2003.
- JÚNIOR, Abelardo de Souza Couto; PINTO, Guilherme Ramos; OLIVEIRA, Daniel Almeida de; PORTES, André Luiz Freire; NEURAUTER, Rogério; PORTES, Arlindo José Freire Portes. Prevalência das ametropias e oftalmopatias em crianças pré-escolares e escolares em favelas do Alto da Boa Vista, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira Oftalmologia**. v.66, 2007.
- LOPES, Gerson Jorge Aparecido; CASELLA, Antônio Marcelo Barbante; CHUI, Cristiane Assami. Prevalência de acuidade visual reduzida nos alunos da primeira série do ensino fundamental das redes pública estadual e privada de Londrina-PR, no ano de 2000. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 65, p. 659-664, 2002.
- SCHIMITI, Rui Barroso; COSTA, Vital Paulino; GREGUI, Maria José Ferreira; KARA-JOSÉ, Newton; TEMPORINI, Edméa Rita. Prevalência de ametropias e afecções oculares em crianças pré-escolares e escolares de Ibiporã-PR, Brasil (1989 a 1996). **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 64, p. 379-384, 2001.
- SIMIONATO, Ellen Zatti Ramos; SOLDERA, Jonathan; RIZZON, Eduardo Schimdt; BASSANI, Filipe Rech; ÁRTICO, Luciano Guimarães. Relação da baixa acuidade visual com reprovação escolar em crianças do nordeste do Rio Grande do Sul. **Arquivo Catarinense de Medicina**, v. 36, n.3, p. 72-75, 2007.
- TEMPORINI, Edméa Rita; José, Newton Kara; Taiar, Alberto; Ferrarini, Maria de Lourdes. Validade da aferição da acuidade visual realizada pelo professor em escolares de 1ª a 4ª série de primeiro grau de uma escola pública do Município de São Paulo. Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 11, n. 2, 229-37, 1977.



REVISÃO DE LITERATURA E AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL ENTRE ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA DE BOLSISTAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS

Alisson Nonato¹, Borsuk, Fabiana Bertin², Oscar Kenji Nihei³, Marieta Fernandes Santos⁴

^{1,2}Bolsistas Ações Afirmativas - Acadêmicos do Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Foz do Iguaçu-PR.

³Pós-Doutor em Imunologia, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Colaborador do Projeto.

⁴Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Foz do Iguaçu-PR. Coordenadora do Projeto.

Palavras chave: Acuidade visual; Escolares; Ensino fundamental.

INTRODUÇÃO

Acuidade visual é a capacidade de distinguir as formas e detalhes de imagem com nitidez, para isso, é necessário a projeção da imagem na retina.

A deficiência visual geral constitui um importante problema de saúde pública mundial. Dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicados em 2008, indicam que, no mundo, aproximadamente 314 milhões de pessoas, acima de 5 anos, sofreram de deficiência visual em 2004, sendo que, deste total, 153 milhões de pessoas (2,67% da população mundial acima de 5 anos), sofreram de deficiência visual devido à não correção de erros de refração. Segundo a classificação da OMS, na subregião B das Américas, que inclui a Argentina, Brasil, Chile, Paraguai, Uruguai e a Venezuela, dentre outros menos populosos, o número de deficientes visuais devido a não correção de erros de refração foi de aproximadamente 6,2 milhões de pessoas (1,44% de sua população acima de 5 anos) (Resnikoff *et al.*, 2008). As deficiências visuais devido a não correção de erros de refração são também uma importante causa de cegueira funcional, pois os erros de refração não são corrigidos, e podem até evoluir para a embliopia, um quadro mais permanente de baixa acuidade visual ou perda definitiva da visão (Dandona e Dandona, 2006).

Sendo a visão um dos sentidos mais importantes para o aprendizado e rendimento escolar, o principal intuito deste Projeto de Extensão é detectar crianças com baixa acuidade visual e realizar uma revisão bibliográfica sobre os trabalhos nacionais publicados sobre o tema.

OBJETIVOS

- Detectar e encaminhar as crianças com baixa acuidade visual ao tratamento oftalmológico.
- Promover a integração dos discentes do curso de Enfermagem com a comunidade e profissionais da educação do município.
- Realizar uma revisão bibliográfica sobre a acuidade visual de escolares e comparar os dados da literatura científica e compará-los com os dados obtidos pelo projeto com alunos do ensino fundamental do município de Foz do Iguaçu-PR.



METODOLOGIA

A avaliação da acuidade visual foi realizado nos escolares da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”, localizado na região da Vila C, considerada uma região de baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) do município de Foz do Iguaçu-PR. Como método para a avaliação da acuidade visual foi utilizado a tabela de Snellen, onde a criança foi posicionada a uma distância de 6,1 metros da tabela, as letras foram apontadas pelo realizador do teste e foi solicitado à criança que respondesse qual letra estava visualizando. A avaliação prosseguiu até o momento em que foi constatado erro em dois optótipos da mesma linha, sendo assim determinada a acuidade visual que a criança apresenta. O exame começou com olho direito, seguido da avaliação do olho esquerdo. Foram considerados com baixa acuidade visual os alunos que apresentaram acuidade visual igual ou menor que 0,7 em pelo menos um dos olhos. Os alunos que faziam uso de óculos ou lentes de contato realizaram o teste fazendo o uso do mesmo e também sem os óculos ou lentes de contato. Todas as crianças que apresentam baixa acuidade visual foram encaminhadas para consulta com um especialista no serviço de saúde do município.

Foram distribuídos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram assinados pelos pais ou responsáveis dos alunos.

Além disso, foi realizada pesquisa de literatura científica nacional, utilizando a base de dados “Scientific Electronic Library Online” (SciELO), sendo utilizado como descritores os termos “acuidade visual em escolares de ensino fundamental”. Os dados bibliográficos obtidos foram posteriormente comparados com os dados obtidos no Projeto de Extensão.

Todos os dados foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Office – *Excel for Windows*® (Microsoft, EUA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas, no período de agosto de 2009 a março de 2010, na Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci”, um total de 308 crianças da 1ª a 4ª série, sendo que deste total, 51 alunos (16,6%) apresentaram acuidade visual ($AV \leq 0,7$). Quando analisados por série, obtivemos os seguintes resultados: 52 alunos eram do 1º ano, 57 do 2º ano, 47 da 2ª série, 78 da 3ª série, e 74 da 4ª série. Dos 52 alunos do 1º ano, 17 (32,7%) apresentaram baixa acuidade visual. Do 2º ano, 57 alunos foram avaliados e 9 (15,8%) apresentaram baixa acuidade visual. Da 2ª série, 47 alunos foram avaliados e 3 (6,4%) apresentaram baixa acuidade visual. Da 3ª série, de 78 alunos avaliados, 12 (15,4%) apresentaram baixa acuidade visual e da 4ª série, de 74 alunos avaliados, 10 (13,5%) apresentaram baixa acuidade visual.

No levantamento bibliográfico realizado através do banco de dados bibliográficos “Scientific Electronic Library Online” (SciELO), foram encontrados 410 artigos com o descritor “acuidade visual”, dos quais 14 especificamente tratavam do tema acuidade visual em escolares do ensino fundamental. A análise destes artigos possibilitou constatar que o índice de crianças com algum tipo de comprometimento visual foi de 10,8% a 46% em diferentes municípios de nosso país.



CONCLUSÃO

Comparando a variação do percentual de comprometimento visual de escolares de todo o Brasil, obtido através da análise dos trabalhos científicos nacionais (10,8% a 46%) com o índice obtido em nosso Projeto de Extensão (16,6%), verificamos que o percentual de alunos com baixa acuidade visual da Escola Municipal “Padre Luigi Salvucci” pode ser considerado de mediano a baixo.

Além disso, foi possível constatar que a Tabela de Snellen, o método que utilizamos para a avaliação de acuidade visual foi o mais utilizado nos diversos artigos da literatura científica nacional, analisados neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- DANDONA R., DANDONA L. Refractive error blindness. **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, p.237-243, 2001.
- RESNIKOFF S., PASCOLINI D., MARIOTTI S.P., POKHAREL G.P. Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. **Bulletin of the World Health Organization**, v.86, p.63-70, 2008.