

ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Volume 8 - Número 4 - Dezembro 2016



Coren^{CE}
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

POLÍTICA EDITORIAL

A **REVISTA TENDÊNCIAS DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL - ReTEP** do Coren-CE é um periódico científico trimestral, revisado por pares, com distribuição gratuita, que tem como objetivo publicar artigos procedentes da realidade da prática (do cuidar, do ensinar e da pesquisa) de saúde e enfermagem e/ou teóricos (reflexão e revisão) e notícias institucionais pertinentes ao desenvolvimento da categoria, contribuintes para reconstrução da enfermagem como ciência. Tem como missão incentivar e incrementar a produção do conhecimento em saúde e enfermagem, visando fortalecer a qualidade do atendimento do cuidar em enfermagem.

O corpo editorial da ReTEP não se responsabiliza pelos dados e opiniões expressos nos artigos, bem como propagandas inclusas, sendo esses da inteira responsabilidade dos autores.

.....
A **ReTEP** é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC
.....

ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional – Vol. 1, n.1
(mai. 2009) – Fortaleza [CE]:
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, 2009 - v.: il.

Trimestral
ISSN 1984-753
ISSN (online) 2177-045x
1. Enfermagem

CDD 610.73

DIRETORIA COREN GESTÃO 2015-2017

Presidente: Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho • **Conselheira Secretária:** Dra. Maria Dayse Pereira • **Conselheira Tesoureira:** Luiza Lourdes Pinheiro • **Conselho Efetivo:** Dra. Jacqueline Dantas Sampaio - Dr. Francisco Antonio da Cruz Mendonça - Marli Veloso de Menezes - Ana Lúcia de Assis • **Conselheiro Suplente:** Dra. Regina Cláudia Furtado Maia - Dra. Nancy Costa de Oliveira - Dra. Maria Verônica Sales da Silva - Raimunda de Fátima Dantas - Maria de Fátima Ferreira de Sousa - Adailson Rodrigues de Moraes.

EQUIPE TÉCNICA

Projeto Gráfico e Editorial – E2 Estratégias Empresariais - www.e2solucoes.com - e2@e2solucoes.com
• Coordenação Editorial – Francílio Dourado Filho • Direção de Arte – Keyla Américo • Revisão Gramatical – Aurilene Luz Sampaio • Jornalista E2 Editora – Rafaela Veras (FNJ: 2605/JP) • Tiragem – 3000 exemplares
• Assessoria de Comunicação do COREN-CE – Flávio Liffeman • Periodicidade – Trimestral

ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 8 - Número 4- 2016



Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil
www.coren-ce.org.br
55 85 3105 7850

INDEXAÇÃO/INDEXATION

LATINDEX

Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe – Espanha y Portugal - Dados: www.latindex.unem.mx

BDENF

REDALYC

EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR

Mirna Albuquerque Frota

EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salete Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

NACIONAL/NATIONAL

Alacoque Lorenzini Erdmann – UFSC, Florianópolis-SC

Ana Fátima Carvalho Fernandes – UFC, Fortaleza-CE

Ana Karina Bezerra Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Andrea Gomes Linard – UNILAB, Redenção-CE

Antonio Marcos Tosoli Gomes – UERJ, Rio de Janeiro-RJ

Augediva Maria Jucá Pordeus – UNIFOR, Fortaleza-CE

David Lopes Neto – UFAM, Amazonas-AM

Denise Guerreiro V. da Silva – UFSC, Florianópolis-SC

Dorisdaia Carvalho de Humerez – UNIFESP, São Paulo-SP

Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE

Fátima Lunna P. Landim – FIC, Fortaleza-CE

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – UNIFOR, Fortaleza-CE

Gelson Luiz de Albuquerque – UFSC, Florianópolis-SC

Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – UNIFESP, São Paulo-SP

Isaura Setenta Porto – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

Ivan França Júnior – USP, São Paulo-SP

Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR, Fortaleza-CE

Lorita Marlena Freitag Pagliuca – UFC, Fortaleza-CE

Lucilane Maria Sales da Silva – UECE, Fortaleza-CE

Luíza Jane Eyre de Sousa Vieira – UNIFOR, Fortaleza-CE

Márcia Maria Tavares Machado – UFC, Fortaleza-CE

Maria Albertina Rocha Diógenes – UNIFOR, Fortaleza-CE

Mariana Cavalcante Martins – UFC, Fortaleza-CE

Maria de Fátima A. S. Machado – URCA, Cariri-CE

Maria de Jesus C. Sousa Harada – Coren, São Paulo-SP

Maria do Socorro Vieira Lopes – URCA, Cariri-CE

Maria Itayra Padilha – UFSC, Florianópolis-SC

Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso – UFC, Fortaleza-CE

Maristela Inês Osawa Chagas – UVA, Sobral-CE

Marluce Maria Araújo Assis – UEFS, Salvador-BA

Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira – UNIFESP, São Paulo-SP

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Raimundo Augusto M. Torres – UECE, Fortaleza-CE

Rita de Cássia Chamma – COFEN, Brasília, DF

Rosimeire Ferreira Santana – UFF, Rio de Janeiro-RJ

Silvana Maria Mendes Vasconcelos – UFC, Fortaleza-CE

Sônia Maria Soares – UFMG, Belo Horizonte-MG

Thereza Maria Magalhães Moreira – UECE, Fortaleza-CE

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – UNIFOR, Fortaleza-CE

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – UFC, Fortaleza-CE

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Alcione Leite da Silva – Portugal/Brasil

Antonio José Nuñez Hernandez – Espanha

Denise Gastaldo – Canadá

Juan José Tirado Darder – Espanha

Maria Teresa Moreno Valdês – Espanha

Marta Lima Basto – Portugal

Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO



CONTENTS

2005

Editorial

Prof. Dr. Luis Rafael Leite Sampaio

Artigos Originais

2007

Processo de Enfermagem – experiências vivenciadas pelo enfermeiro assistencial

Nursing Process - experiences lived by clinical nurse

Conceição Almeida Carvalho, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Amábili Couto Teixeira de Aguiar, Sâmila Guedes Pinheiro e Meirylane Gondim Leite.

2014

Aspectos epidemiológicos dos casos de insuficiência cardíaca notificados no Estado do Ceará

Epidemiological aspects of cases of heart failure notified in the State of Ceará

Manuela Rocha Trigueiro Asfor, Eglantine Bandeira de Fátima Feitosa, Jaiana Aline Medeiro, Midian da Rocha Medeiro, Nathanna Pereira Alves, Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Islene Victor Barbosa e Kiarelle Lourenço Penaforte.

2019

Adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica

Adherence to non-pharmacological treatment of patients with systemic arterial hypertension

Antonio Uelton de Araujo da Silva, Jozeane Soares Azevedo e Tassianny Ferreira Nobre.

2024

Educação em saúde no ambiente escolar - estudo de intervenção com professores da rede pública

Health education in school environment - intervention study with public school teachers

Thábyta Silva de Araújo, Queliane Gomes da Silva Carvalho, Valter Cordeiro Barbosa, Filho, Ana Cristina Pereira de Jesus Costa, Fabiane do Amaral Gubert, Neiva Francenely Cunha Vieira e Thábyta Silva de Araújo.

2031

A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer

The Influence of Spirituality and Religiousness in Oncological Treatment: perception of the person with cancer

Pollyane Teixeira Rocha, Cássio de Almeida Lima, Orlene Veloso Dias, Patrícia Alves Paiva e Jucimere Fagundes Durães Rocha.

SUMÁRIO



CONTENTS

Artigos de Revisão

- 2037** Objetos de aprendizagem utilizados no ensino de acadêmicos de enfermagem: revisão integrativa
Learning objects used in nursing students training: integration review
Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho e Karla Corrêa Lima Miranda.
- 2045** Relação da obesidade infantil com o desempenho das habilidades motoras: revisão integrativa
Obesity child relationship with the performance of skills motor: integrative review
Herika Paiva Pontes, Mirna Albuquerque Frota, Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes e Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho.
- 2050** Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido
Benefits of skin contact skin for newborn
Lorena Damasceno Alves Bezerra, Ana Maria Martins Pereira, Herla Maria Furtado Jorge, Laura Pinto Torres de Melo, Sabine Rodrigues Feitoza e Maria Luiza Soares de Amorim.

Relato de Experiência

- 2056** Estratificação de risco de hipertensos e diabéticos em uma unidade de atenção primária de Fortaleza-Ceará
Risk stratification of hypertensive and diabetics at primary attention unit Fortaleza-Ceará
Keylla Márcia Menezes de Souza e Francisco Antonio da Cruz Mendonça.

2061 Institucional

2062 Palavra do Presidente

2063 Notícias

2074 Normas de Publicação

EDITORIAL



Prof. Dr. Luis Rafael Leite Sampaio

Enfermeiro Estomaterapeuta pela Universidade Estadual do Ceará.

Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Membro efetivo do Conselho Científico da Sociedade Brasileira Estomaterapia Seção Ceará.

Professor do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza e do Centro Universitário Estácio do Ceará.

A Resolução do Cofen 389/2011 no Art. 1º assegura ao enfermeiro detentor de títulos de pós-graduação (lato e stricto sensu) o direito de registra-lo no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, atribuindo legalidade para desempenho na área específica do exercício profissional. Atualmente, são registradas 44 áreas de especialidades reconhecidas pelo Cofen.

Dentre elas, vale ressaltar a enfermagem em estomaterapia, organizada no Brasil desde a década de 1990, cuja especialidade possibilita a realização da consulta de enfermagem pelo enfermeiro, o qual utiliza o instrumento que possibilita a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem nos diversos aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

A enfermagem em estomaterapia possui três áreas de competências clínicas, a saber: 1) estomias - estomas intestinal e urinário, vesicostomia, cistostomia, gastrostomias, traqueostomia e fístulas; 2) prevenção e tratamento de feridas - lesão por pressão, úlceras vasculogênica de origem venosa, úlceras vasculogênica de origem arterial (diabética ou não), úlceras neurotróficas por doença de Hansen, úlceras diabética e demais feridas/úlcera em geral; e 3) incontinência anal e urinária.

Destacam-se alguns avanços legais alcançados junto ao sistema COREN/COFEN através de resoluções e pareceres. A Resolução Cofen Nº 501/2015 respalda legalmente o empreendedorismo do enfermeiro com autonomia para abertura de clínica de prevenção e cuidado de feridas. O Parecer Cofen Nº 04/2016 manifesta-se sobre o manejo conservador de estenose uretra, tratamento conservador de incontinência urinária e fecal, prescrição de terapia compressiva. O Parecer Coren-Ceará Nº 10/2016 manifesta-se sobre a aplicação de laser baixa potência em feridas e mucosites pelo enfermeiro.

Dessa forma, percebe-se o avanço científico e tecnológico referente ao tratamento de feridas, estomias e incontinência vem ampliando respeitosamente no contexto da saúde global com enfoque para empoderamento, liderança e tomada de decisão do enfermeiro na prática clínica. Por essa razão, faz-se necessária a atualização dos enfermeiros que atuam nessa área para garantir uma assistência segura livre de imperícia, negligência e imprudência.

Diante desse contexto, a Revista Tendências da Enfermagem Profissional espera contribuir para o aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem inseridos na produção do cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. ●

PROCESSO DE ENFERMAGEM – EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

NURSING PROCESS - EXPERIENCES LIVED BY CLINICAL NURSE

Artigo Original

Conceição Almeida Carvalho¹
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos²
Amábili Couto Teixeira de Aguiar³
Sâmila Guedes Pinheiro⁴
Meirylane Gondim Leite⁵

RESUMO

Estudo qualitativo com o objetivo de descrever as experiências vivenciadas por vinte enfermeiros assistenciais com a implementação do processo de enfermagem (PE) em uma instituição pública de saúde em Fortaleza-Ceará-Brasil. Os enfermeiros percebiam a importância do PE para definição do seu papel junto ao usuário e à instituição, eficácia no planejamento da assistência, facilitação na avaliação da assistência prestada, viabilização dos registros, possibilidade de atendimento integrado, melhoria na qualidade da assistência prestada, aproximação enfermeiro/usuário, valorização profissional, e guia indispensável para assistência integral. No entanto, apresentavam déficit de conhecimento teórico-prático para a sua aplicação, e queixavam-se de descaso da equipe de enfermagem em relação ao cumprimento da prescrição de enfermagem, naqueles cuidados que lhes são atribuídos a responsabilidade de executá-los, conforme a Lei do Exercício Profissional. Ressalta-se que para implantar e implementar o PE é imprescindível a capacitação de recursos humanos em um programa de educação permanente.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

Qualitative study aimed to describe the experiences of twenty clinical nurses with the implementation of the nursing process (NP) in a public health institution in Fortaleza, Ceará, Brazil. The nurses perceived the importance of NP for defining its role with the user and the institution, effectiveness in care planning, facilitating the assessment of care, enabling records, possibility of integrated care, improved quality of care, nurse approach/user, professional development, and indispensable guide for comprehensive care. However, they presented theoretical and practical knowledge deficit for their application, and complained of neglect of the nursing staff in relation to compliance with nursing prescription in those care it gives them the responsibility to execute them, according to the Law the Professional Practice. It is noteworthy that to deploy and implement the NP is essential to human resources training in a lifelong learning program.

Keywords: Nursing Care; Nursing Education; Nursing.

¹ Enfermeira. Hospital São Carlos. Fortaleza-Ceará.

² Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora titular do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) -PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

³ Enfermeira no Hospital Geral Waldemar de Alcântara-HGWA. Mestranda no PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista no Programa de Iniciação Científica e Tecnológica-PIBIC/FUNCAP. Fortaleza-Ceará-Brasil.

⁵ Acadêmica de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica -PIBIC/CNPq. Fortaleza-Ceará-Brasil

INTRODUÇÃO

Processo de Enfermagem (PE), Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é uma atividade privativa do enfermeiro, que por meio de um método de trabalho científico levanta as situações de saúde e identifica o (s) diagnóstico (s), para nortear o planejamento do cuidado (prescrição de enfermagem) para fins de implementar as ações de enfermagem, com vista a contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

O PE é um dos instrumentos básicos utilizados na prática de enfermagem, como também, consiste em uma tecnologia em saúde, cujo objetivo é direcionar o cuidado de modo integral no atendimento às necessidades das pessoas.

Os profissionais da equipe esperam que o PE possibilite mudanças relacionadas à melhoria da qualidade da assistência, à possibilidade de capacitação e conhecimentos científicos, crescimento da profissão, além de associá-lo à humanização da atenção de enfermagem⁽¹⁾.

A aplicação do PE busca identificar e tratar os problemas do cliente, de forma segura e eficaz. Como resultado, os enfermeiros fazem julgamentos críticos e diagnósticos de enfermagem, planejando, implementando e avaliando suas ações realizadas, isso, proporcionada segurança ao cliente. Quanto à segurança para os enfermeiros, ele torna-se um instrumento adequado para o desenvolvimento de suas atividades, norteador a assistência em todo o âmbito de ação dos profissionais de enfermagem⁽²⁾.

Nossas experiências vivenciadas com o PE iniciaram durante a vida acadêmica, desde as aulas teóricas, atividades teórico-práticas e os estágios, que o utilizávamos em todos os pessoas que cuidávamos. Nos campos de estágios (hospitalar), percebemos a importância do PE como guia no planejamento e na prestação do cuidado à pessoa, favorecendo a qualidade da assistência prestada e satisfação do receptor desta.

Todavia, nestes campos de estágio evidenciamos duas realidades distintas, pois somente em duas instituições públicas de saúde o PE estava implantado: uma nas Unidades de Terapias Intensivas (UTI) e Unidades de Internação (Enfermarias), e a outra na UTI. Não conseguimos compreender por que o PE não era utilizado como uma rotina na prática dos enfermeiros em qualquer espaço de prestação do cuidado, e por qual motivo ele se restringe basicamente ao ensino na graduação. Haja vista, que o PE delimita a função dos componentes da Equipe de Enfermagem, tem respaldo na Lei do Exercício Profissional, possibilita uma atenção integral à pessoa, facilita o trabalho do enfermeiro, e pode contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa.

Em face destes benefícios, questionamos: quais os motivos pela utilização simplória do PE?; e como alguns enfermeiros já estão conseguindo implementá-lo em sua prática profissional?. Mediante estas indagações, optamos por este estudo com objetivo de descrever as experiências que os enfermeiros assis-

tenciais têm vivenciado com a implementação do processo de enfermagem em sua prática profissional.

De acordo com Garcia e Nóbrega⁽³⁾, além da complexidade inerente ao próprio PE, podem ser identificadas outras dificuldades para sua implementação sistemática e efetiva na prática profissional, algumas relativas à formação profissional dos componentes da equipe de enfermagem e à organização de seu processo de trabalho; outras, às expectativas das instituições ou ambiente em que o cuidado profissional de enfermagem é realizado; outras, ainda, ao modo como a sociedade ou os gestores da saúde entendem a enfermagem e o papel de seus exercentes. Acredito como a autora que estes problemas só têm a dificultar a utilização do processo, mas creio que com empenho, estudo e tentando ultrapassar estas barreiras, conseguiremos aplicar o processo de enfermagem, já que em alguns hospitais, o mesmo já está sendo utilizado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um hospital terciário do SUS em Fortaleza-Ceará, que presta atendimentos a pessoas com doenças do coração e do pulmão. A escolha dessa instituição se deve ao pioneirismo da implantação do PE e a sua utilização sistemática.

Participaram do estudo vinte enfermeiros lotadas em 03 (três) Unidades de Internação (enfermarias) num total de 89 (oitenta e nove) leitos para 09 (nove) enfermeiras, divididas por turnos (duas pela manhã, uma à tarde e outra à noite), e 01 (uma) Unidade de Terapia Intensiva com 8 (oito) leitos para 17 (dezesete) enfermeiros, sendo duas por turno. Os enfermeiros estavam na faixa etária de 26 a 47 anos, com tempo de formação variando de menos de 10 (dez) e acima de 20 (vinte) anos, e de exercício profissional de 01 (um) a mais de 20 anos. Cerca de 13 (treze) eram especialistas em Enfermagem Clínica-cirúrgica, 04 (quatro) em Enfermagem em Saúde Pública, e as demais em Educação em Saúde, e Enfermagem em Emergência.

Coletamos os dados durante os meses de agosto e setembro de 2013, por intermédio de uma entrevista não-estruturada, cuja questão norteadora: Descreva as experiências que o(a) Sr.(a) tem vivenciado com a implementação do PE?. Realizamos as entrevistas no local de trabalho, aprazamos conforme a disponibilidade dos enfermeiros, a duração média foi de 30 (trinta) a 40 (quarenta) minutos, e gravamos após autorização prévia dos entrevistados.

Para a organização dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁽⁴⁾, que se compõe de três etapas realizadas em conformidade com três polos cronológicos diferentes. Essas etapas compreendem:

Pré-análise. Nesta etapa, realizamos leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas com identificação dos indicadores a serem abordados na análise.

Exploração do material. Nesta etapa organizamos os trechos recortados dos depoimentos em categorias empíricas identi-

ficadas a partir dos significados que emergiram destes, que se seguem: contato inicial com o PE; motivação para a inserção do PE na prática profissional; vantagens e dificuldades com a implementação do PE; impacto do PE na atuação profissional; e sugestões para implantação e inserção do PE na prática profissional.

Interpretação. Nessa etapa, analisamos e discutimos os significados que emergiram dos depoimentos confrontando-os com a literatura selecionada.

O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS)⁽⁵⁾, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Os participantes foram orientados sobre a natureza e os objetivos da pesquisa, anonimato e que poderiam retirar o consentimento no momento em que desejassem. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (COÉTICA) da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para possibilitar o processamento da análise, organizamos os recortes dos relatos nas categorias: contato inicial com o PE; motivação para a inserção do PE na prática profissional; vantagens e dificuldades com a implementação do PE.

Contato inicial com o Processo de Enfermagem

Onze enfermeiros tiveram o primeiro contato com o PE na graduação por meio do conhecimento teórico, e vivenciaram a sua aplicação no exercício profissional.

[...] meu primeiro contato foi na universidade e a professora demonstrou todo o processo na teoria, mas não utilizamos durante os estágios, só cumpríamos a prescrição médica. Na prática mesmo eu vim vivenciar em 1992 aqui neste hospital na unidade coronariana, onde se começou a implementar o processo de enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA [...] (E1, 45 anos).

[...] foi na faculdade, nos estágios e aqui onde trabalho. Este contato como processo de enfermagem na prática nos auxilia muito, porque na faculdade você vê a teoria mas a prática é bem diferente. Este processo de enfermagem que nós usamos ele é bem completo, abrange todo o paciente [...] (E19, 27 anos)

As dificuldades dos enfermeiros estão relacionadas com o ensino na graduação, sua relação teórico-prática nos campos de aulas práticas e de estágio e até mesmo com as características individuais de aprendizagem. Portanto, um embasamento teórico é fundamental a todos os membros da Equipe de enfermagem, por meio da educação permanente⁽⁶⁾.

E nove enfermeiros iniciaram a aplicação do PE no ambiente de trabalho, revelando dificuldade no manejo, e sobretudo tempo reduzido para executar todas as etapas.

[...] foi aqui no hospital em 1997. O primeiro contato foi difícil, pois é difícil a implementação deste processo pelo tempo, requer mais tempo para se fazer as etapas e por isso dificulta [...] (E5, 36 anos).

[...] foi quando eu comecei a trabalhar aqui no hospital, no começo foi difícil porque agente não tem o hábito de fazer isto, mas aqui no meu setor ele é bastante direcionado e ajuda bastante porque ele é bem específico na parte cardiológica [...] (E13, 31 anos)

De acordo com Sousa⁽¹⁾, uma das primeiras legislações que orienta a prática do PE no País é a Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que determinou a implementação da PE em toda instituição de saúde, pública e privada. Outra resolução importante para a Enfermagem é a Resolução COFEN 311/2007, que reformulou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e trouxe vários artigos ressaltando as responsabilidades referentes aos registros de enfermagem, cujas determinações só são possíveis com a prática do PE. Mais recentemente, é possível citar a Resolução COFEN 358/2009, que revogou a Resolução no 272/2002, reforçando a necessidade de implementação da PE nos serviços de saúde, e incluiu a responsabilidade dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem na realização do PE.

De acordo com a Portaria nº 1.721 de 15/12/1994 do MEC⁽⁷⁾, baseada no Parecer 314 de 04/04/1994 do Conselho Federal de Educação (CFE), que fixa os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem, resolve no Art. 3, Inciso 2, que “Fundamentos da Enfermagem: nesta área, compreendendo 25% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da Enfermagem, na assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospitais, ambulatorios e rede básica de serviços de saúde). Logo, a partir desta, foi possível a criação de disciplinas com a inclusão das teorias de enfermagem e do PE.

Motivação para a inserção do Processo de Enfermagem na prática profissional

A motivação para a inserção do PE na prática profissional estava relacionada com a eficácia no planejamento da assistência, facilitação na avaliação da assistência prestada, viabilização dos registros, possibilidade de atendimento integrado, importância na atuação profissional, e melhoria na qualidade da assistência prestada.

Eficácia no planejamento da assistência

[...] organização do trabalho de enfermagem, porque você faz uma sistematização no seu trabalho, você sabe como começar, mostra como você caminha e tem um final [...] (E12, 28 anos).

O planejamento da assistência de enfermagem garante a responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que este processo nos permite diagnosticar as necessidades do cliente,

fazer a prescrição adequada dos cuidados e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro, enquanto gerenciador da Equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão. Entretanto, transformar a realidade de uma assistência não planejada, envolve mais do que a vontade individual dos enfermeiros. Há que se desenvolver um projeto para o alcance dessa meta, no qual são imprescindíveis a vontade política, envolvimento institucional e melhoria das condições de trabalho⁽⁸⁾.

Facilitação na avaliação da assistência e viabilização dos registros

[...] quando agente segue este processo agente tem uma noção de como ter uma assistência mais palpável, registrada, chegada, porque até então agente trabalhava, via o doente, mas não tinha a preocupação de registrar, avaliar e observar [...] (E8, 32 anos).

Nas instituições de saúde, o PE poderá ser um grande facilitador para a realização dessas mudanças, além de ser caminho para a tomada de decisões, pois sistematiza o cuidado e aproxima o enfermeiro do cliente/paciente/família, fortalecendo a presença indispensável deste profissional, contribuindo para o processo de reabilitação e cura do paciente⁽⁹⁾.

Possibilidade de atendimento integrado

[...] melhoria da qualidade da assistência, você coloca o seu cuidado mais voltado para o problema do paciente, naquilo que ele já está necessitando [...] (E11, 39 anos).

[...] necessidade que agente sentiu em dar uma assistência seqüenciada ao paciente, usando todo um processo, vendo o paciente como um todo e passando a tratá-lo de uma maneira sistematizada e contínua [...] (E4, 30 anos).

A aplicação do PE busca identificar e tratar os problemas do cliente, de forma segura e eficaz. Como resultado, os enfermeiros fazem julgamentos críticos e diagnósticos de enfermagem, planejando, implementando e avaliando suas ações realizadas, isso, proporcionada segurança ao cliente. Quanto à segurança para os enfermeiros, ele torna-se um instrumento adequado para o desenvolvimento de suas atividades, norteador a assistência em todo o âmbito de ação dos profissionais de enfermagem⁽²⁾.

Importância na atuação profissional

[...] motivação para implementar o processo de enfermagem foi um posicionamento profissional, para se tornar uma profissão mais definida e com um nível de informação mais elevado e elaborado [...] (E15, 29 anos).

O PE é um instrumento tecnológico, que o enfermeiro usa para favorecer o cuidado e registrar as ações de enfermagem, que possibilitam identificar, compreender, descrever e explicar as necessidades humanas⁽¹⁰⁾. Com isso, clientes, enfermeiros e equipes beneficiam-se com a implantação do PE, pois essa possibilita uma assistência integral, troca de experiências, ampliação do conhecimento e facilitação no trabalho⁽⁶⁾.

Melhoria da qualidade da assistência prestada

[...] com ele a enfermagem tem o poder de conhecer a doença do paciente e criar uma relação de confiança entre enfermeiro e paciente [...] (E7, 41 anos).

Com o desenvolvimento da ciência, muitos conhecimentos foram produzidos pela Enfermagem, como o PE, que pode ser descrito como um instrumento utilizado para as ações do cuidado. É através dele que o enfermeiro percebe os problemas de saúde, planeja, implementa as ações e avalia os resultados. Entretanto, em virtude dos modelos de saúde dominantes, a enfermagem adequou o processo de trabalho aos procedimentos, técnicas e rotinas institucionalizadas nos serviços, distanciando-se do cuidado, e das mudanças que seriam necessárias no cotidiano da assistência e do cuidado, do ensino e da pesquisa para a valorização e crescimento do PE como instrumento para sua prática⁽¹⁾.

O pensamento das autoras compactua com o significado da fala do entrevistado, quando reconhecem a importância do PE para uma prestação de assistência mais qualificada, científica, sistemática e organizada.

Os depoimentos do enfermeiro revelaram que o uso do PE favorece o relacionamento terapêutico (enfermeira-usuário), e a conduz à um atendimento integral e continuado.

Vantagens e dificuldades com a implementação do PE

As vantagens percebidas pelos enfermeiros com a implementação do PE, incluíram: promoção de um relacionamento terapêutico; valorização da profissão; facilidade na assistência integral à pessoa; definição do papel do enfermeiro na Equipe de enfermagem e na Equipe de Saúde, e incentivo para a necessidade de estudo. No entanto, as três últimas se destacaram.

Facilidade na assistência integral à pessoa

[...] nós conhecemos o paciente como um todo, ficamos mais segura em relação ao tratamento, aumenta a confiança do paciente com a enfermagem [...] (E14, 26 anos).

A aplicação do PE busca identificar e tratar os problemas do cliente, de forma segura e eficaz. Como resultado, os enfermeiros fazem julgamentos críticos e diagnósticos de enfermagem, planejando, implementando e avaliando suas ações realizadas, isso, proporcionada segurança ao cliente. Quanto à segurança para os enfermeiros, ele torna-se um instrumento adequado para o desenvolvimento de suas atividades, norteador a assistência em todo o âmbito de ação dos profissionais de enfermagem⁽²⁾.

Além dessas funções, para a equipe de Enfermagem o PE possibilita a elaboração de uma prescrição de Enfermagem com cuidados individualizados, além de viabilizar a melhoria nos registros de Enfermagem e a humanização da assistência.

Tais constatações são expressas na concepção da maior parte dos profissionais⁽¹⁾.

Incentivo para a necessidade de estudo

[...] é dinâmico, você tem que estudar muito, se dedicar bastante, ter tempo, ficar em cima das auxiliares para que as prescrições sejam chegadas [...] (E6, 45 anos).

[...] muito bom trabalhar com o PE, porque você sempre tem alguma coisa para você se direcionar, pois assim você não fica tão solta. Enquanto você trabalha alguma coisa que é uma metodologia, então você dar melhor a assistência ao paciente [...] aqui eu tenho vivido muitas experiências boas porque realmente ele norteia o trabalho da gente e do auxiliar [...] (E14, 26 anos).

O significado atribuído ao PE e o modo como ele é aplicado à prática profissional são dinâmicos, modificando-se ao longo do tempo e de acordo com os diferentes cenários da prática assistencial. Assim, podem ser identificadas gerações distintas do PE, cada uma delas influenciada pelo estágio do conhecimento e pelas forças atuantes que lhe são contemporâneos⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, a enfermagem deve ter conhecimentos e atitudes que possam resguardar sua autonomia, seu caráter e sua competência na realização de uma assistência organizada. Em presença dos relatos dos enfermeiros, é bom lembrar que a autonomia profissional da enfermagem só será alcançada, por meio de conhecimentos técnico-científicos, de atividades legais e, primordialmente, do desenvolvimento de uma prática humanizada. A elevação da autoestima dos profissionais de enfermagem, obtida através da utilização do PE, expressa a confiança no próprio potencial, a certeza da capacidade de enfrentar os desafios da profissão e a consciência do próprio valor da busca do sucesso profissional⁽²⁾.

Concorda-se com as autoras ao afirmarem que o PE define o papel do enfermeiro, junto ao usuário, à equipe de saúde, à família e à instituição, no desenvolvimento do seu objeto de trabalho, que é o cuidado de enfermagem.

As dificuldades relatadas pelos enfermeiros consistiram de resistência de alguns enfermeiros, recursos humanos insuficientes, falta de comprometimento dos enfermeiros, déficit de conhecimento em relação ao PE e à taxonomia da NANDA, imposição da instituição do enfermeiro como “tarefeiro”, descaso das auxiliares e técnicos de enfermagem com a prescrição de enfermagem, e a demanda de tempo para aplicação do PE. Dentre as dificuldades mais ressaltadas pelos entrevistados, destacamos: resistência de alguns enfermeiros; recursos humanos insuficientes, falta de comprometimento dos enfermeiros, déficit de conhecimento em relação ao PE e à taxonomia da NANDA, e imposição da instituição do enfermeiro como “tarefeiro”.

Resistência de alguns enfermeiros

[...] ainda existem duas colegas enfermeiras que não são comprometidas com o processo, não querem se re-

ciclar, não participam de reuniões e fazem uma prescrição que deixam muito a desejar [...] (E16, 24 anos).

A implementação do PE demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado⁽¹¹⁾.

Apesar do PE oferecer ao enfermeiro uma possibilidade de organizar seu trabalho com base em uma filosofia e um método que prioriza a individualidade do cuidado, os profissionais enfrentam adversidades para sua implementação. Observam-se entre os motivos para a sua não realização a falta de tempo, de conhecimento teórico, de exercício prático e de recursos, além da organização de espaços para discussão da temática desde a graduação⁽⁶⁾.

Uma das dificuldades mais apontadas no discurso dos enfermeiros no cotidiano profissional é a falta de reconhecimento de seu papel, tanto pelos usuários, quanto por outros membros da equipe. Isso pode ser justificado por ainda persistir uma prática empírica, sem o planejamento das ações e sem a aplicação do conhecimento científico na prática do cuidado de enfermagem⁽¹⁾.

Devido a necessidade de tempo e de esforço para aprender e implementar o PE, para fins de disponibilizar um cuidado mais humanizado e ter acessos a outros benefícios, muitos profissionais preferem o comodismo. Os profissionais que têm atitudes mais favoráveis ao PE, provavelmente terão mais facilidade para envolverem-se nas mudanças requeridas para sua implantação e implementação, e aqueles com atitudes mais desfavoráveis, provavelmente, terão mais dificuldade⁽¹²⁾.

Recursos Humanos insuficientes

[...] primeiro é que é pouco tempo que agente tem para atender a demanda da unidade. Deveria ter um número maior de profissionais. Em segundo lugar, é a não checagem das prescrições de enfermagem [...] (E9, 41 anos).

A falta de educação permanente, de estímulo e de recursos humanos, que foram considerados pelos participantes, são sem dúvida, fatores limitantes ao envolvimento do profissional no processo de implementação da PE. As dificuldades relacionadas à operacionalização do PE podem provocar a perda do estímulo por parte dos enfermeiros e, como consequência, causar insatisfação e desmotivação da equipe. Portanto, o estímulo e a atualização de conhecimentos contribui para melhorar o desempenho da equipe e aumentar a credibilidade da enfermagem perante a equipe multiprofissional⁽¹³⁾.

Déficit de conhecimento em relação ao PE e à taxonomia da NANDA

[...] Como já havia dito a maior dificuldade foi com a terminologia da NANDA. A educação continuada promo-

veu cursos, aulas, mas ainda continuamos com dificuldade neste aspecto, pois é uma coisa muito ampla e cada paciente é diferente e você tem que usar muito o raciocínio crítico para levantar os diagnósticos de enfermagem para cada paciente [...] (E18, 23 anos).

Portanto, houve a constatação de que o delineamento metodológico qualitativo tem sido amplamente empregado nas publicações da enfermagem. As publicações demonstraram que a tendência temática prevalente é o diagnóstico de enfermagem, utilizando a taxonomia da NANDA como classificação dos mesmos. Considera-se que existem ainda muitas lacunas na produção de conhecimento sobre o tema, em especial o levantamento da produção do conhecimento sobre o PE⁽¹⁴⁾.

O desinteresse das instituições empregadoras no cuidado direto e no planejamento da assistência realizados pelo (a) enfermeiro (a), privilegiando-se o bom andamento (administrativo/gerencial) do serviço de enfermagem; o déficit de profissionais, acarretando número expressivo de pacientes a cuidar; a falta de destreza na execução de algumas técnicas, pondo em risco a avaliação da competência profissional; a dificuldade do cumprimento das ações prescritas pelo enfermeiro, devido ao despreparo dos auxiliares de enfermagem, representantes majoritários da força de trabalho no período. Dessa forma, conclui-se que as dificuldades e resistências experimentadas não podem ser contabilizadas apenas à vontade dos profissionais, uma vez que estão permeadas por interesses os mais diversos, quase sempre antagonicos⁽¹¹⁾.

Imposição da instituição do enfermeiro como “tarefeiro”

[...] utilização deste processo é fácil, mas se torna mais difícil é porque a enfermagem se acostumou em assumir vários papéis como o de vários profissionais e assim nós não temos tanto tempo para fazer um P. E. bem completo e seqüenciado [...] (E2, 24 anos).

Magalhães⁽¹⁵⁾ faz referência que durante muitos anos, a enfermagem limitou-se a realizar atividades automaticamente, sem reflexão de sua prática, negando a divisão técnica e deslocando o objeto de seu trabalho do cuidado para a gerência.

Descaso dos auxiliares de enfermagem com a prescrição de enfermagem

[...] com os auxiliares de enfermagem também tive problemas, pois tive que mostrar à eles a importância do processo de enfermagem e que seria importante para nós e para eles e que eles seriam mais valorizados profissionalmente e a assistência prestada iria melhorar a qualidade e teriam um maior controle no que foi feito [...] (E13, 28 anos).

Apesar do mesmo ser um processo planejado pelo enfermeiro, sugere-se que durante o processo de implantação, o coordenador da equipe deva buscar estratégias de participação e envolvimento de todos, enfermeiros, técnicos e auxilia-

res, com o intuito de evitar a desarticulação das atividades desenvolvidas pela equipe e que o nível médio perceba sua importância e significado⁽¹⁰⁾.

Demanda de tempo para aplicação do PE

[...] no início houve uma certa resistência por parte das colegas, por que como nós temos que prescrever o paciente, evolui-lo e temos que registrar as intercorrências, isto reduz muito o nosso tempo [...] (E6, 35 anos).

As etapas do PE são uma preocupação para sua implementação, uma vez que elas irão modificar o processo de trabalho empregado habitualmente. Isto implicará em inovações, aprendizado e quebra de paradigmas, tanto internamente quanto no que se refere aos outros membros da equipe de saúde⁽¹⁾. Essa carência de conhecimento cognitivo leva esses profissionais de certa forma a terem resistência em aceitar e aplicar o PE, e também relatam que não gostam de utilizá-lo devido ao tempo, o número de pessoas na equipe, e por ser uma atividade muito teórica, sem aplicabilidade prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos resultados sobre a experiência dos enfermeiros com o PE, percebe-se em seus relatos a importância do PE para definição do seu papel junto ao usuário e à instituição, e na qualidade da atenção prestada. Também, mencionaram em dificuldades, tais como: déficit de conhecimento teórico-prático, falta de interesse de outros enfermeiros, e omissão das auxiliares e técnicos de enfermagem em relação ao cumprimento da prescrição dos cuidados de enfermagem, naqueles que lhes são atribuídos a responsabilidade de executá-los, conforme a Lei do Exercício Profissional.

Assim, é possível compreender as razões pelas quais o PE ainda não é uma rotina no cotidiano do enfermeiro, e como as barreiras estão sendo enfrentadas para a sua implantação e monitoramento. Ressalta-se que para implantar e implementar a PE é, sobretudo, imprescindível a adequação de recursos humanos e um programa de educação permanente nas instituições para capacitação de recursos humanos, e implantação e monitoramento sistemático durante e após a implantação.

Os resultados deste estudo apontam para a efetivação e fortalecimento do Programa de Integração Docente-Assistencial (ou Ensino-Serviço), visando facilitar a relação da teoria com a prática, investindo na formação do aluno e oportunizando a troca de experiência entre ensino e serviço. Assim, sugere-se a implantação sistemática do PE em parceria com as instituições de ensino nas instituições de saúde, independentemente do nível de atenção, primário, secundário e terciário.

REFERÊNCIAS

1. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2013; 66 (2): 167-73.
2. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2012; 33 (3): 174-81.
3. Garcia TR, Nobrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem* 2009; 1(13): 188-93.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº466 de 12 de dezembro de 2012. Regulamentação da Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP/CNS; 2012.
6. Luiz FF, Mello SMM, Neves ET, Ribeiro AC, Tronco CS. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010 out/dez;12(4):655-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a09.htm>. Acesso em 02/02/2016.
7. Brasil. Ministério da Educação e Desporto. Portaria Nº 1.121 de 15/12/1994. Fixação dos mínimos conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC; 1994.
8. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011; 45(6): 698-709.
9. Freitas EP, Sponchiado FC, Zanatta EA. O Processo de Enfermagem como perspectiva na melhoria da qualidade da assistência. *Revista de Enfermagem da URI* 2007; 2(3): 101-22.
10. Santos MGPS, MEDEIROS MMR, GOMES FQC, Endrs BC. Percepção de enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem: Uma integração de estudos qualitativos. *Revista Rene* 2012; 13 (3):712-23.
11. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem* 2009; 1(13): 188-93.
12. Guedes ES, Turrini RNT, Sousa RMC, Baltar VT, Cruz DALM. Atitudes dos profissionais de enfermagem relacionadas ao Processo de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46 (spec):130-37.
13. Oliveira CM, Carvalho DV, Peixoto ERM, Camelo LV, Salviano MEM. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do Processo de Enfermagem de uma unidade de um hospital universitário. *Revista Mineira de Enfermagem* 2012; 16 (2): 258-63.
14. Duran ECM, Toledo VP. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2011; 32(2): 234-40.
15. Magalhães HC, Abreu LF, Novaes WS, Mendonça MM, Moreira-Silva EAS, Medeiros-Silva, DC. Processo de trabalho: sua importância na organização da prática assistencial de enfermagem na saúde coletiva. *Revista de Enfermagem da UFPE* 2008; 2(4): 121~32.

Recebido em: 09.09.2016

Aprovado em: 20.09.2016

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS CASOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NOTIFICADOS NO ESTADO DO CEARÁ

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CASES OF HEART FAILURE NOTIFIED IN THE STATE OF CEARÁ

Artigo Original

Manuela Rocha Trigueiro Asfor¹
Eglantine Bandeira de Fátima Feitosa²
Jaiana Aline Medeiro²
Midian da Rocha Medeiro²
Nathanna Pereira Alves²
Virna Ribeiro Feitosa Cestari³
Islene Victor Barbosa⁴
Kiarelle Lourenço Penaforte⁵

RESUMO

Objetivou-se descrever o perfil epidemiológico dos casos de insuficiência cardíaca notificados no Estado do Ceará. Trata-se de um estudo epidemiológico, com abordagem quantitativa, fundamentado em pesquisa com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN-NET). As informações foram coletadas e estratificadas em fevereiro de 2016 pelas seguintes variáveis epidemiológicas: internações segundo faixa etária, sexo, cor/raça, macrorregião de saúde, caráter de atendimento (eletivo ou urgência), óbitos e taxa de mortalidade por ano. Durante o período de estudo foram notificados 43.340 casos de IC. A realização deste estudo permitiu um conhecimento mais aprofundado da epidemiologia da IC no Estado do Ceará.

Palavras-chave: Epidemiologia; Perfil de Saúde; Insuficiência Cardíaca.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the epidemiological profile of the cases of heart failure reported in the State of Ceará. This is an epidemiological study, with a quantitative approach, based on research with secondary data from the Information System of Notification Diseases of the Ministry of Health (SINAN-NET). The information was collected and stratified in February 2016 by the following epidemiological variables: admissions according to age, sex, color / race, health macro-region, character of care (elective or urgent), deaths and mortality rate per year. During the study period, 43,340 cases of HF were reported. The realization of this study allowed a more in-depth knowledge of the epidemiology of HF in the State of Ceará.

Keywords: Epidemiology; Health Profile; Heart Failure.

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista PROBIC/FEQ/UNIFOR. E-mail: maanuasfor@hotmail.com

² Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pela UNIFOR.

³ Enfermeira. Mestranda pelo programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁴ Doutora em Enfermagem pela UNIFOR. Docente do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem UNIFOR. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da UNIFOR.

⁵ Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de graduação em Enfermagem da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) caracteriza-se em uma síndrome clínica que evolui com alta morbidade e mortalidade⁽¹⁾, manifestando-se mais evidentemente nos idosos, sendo esta a principal causa de internação hospitalar⁽²⁾.

De acordo com pesquisa feita pelo *Centers for Disease Control and Prevention*, cerca de 5,7 milhões de adultos nos Estados Unidos têm IC. Cerca de metade das pessoas que desenvolvem a patologia morrem dentro de 5 anos do diagnóstico⁽³⁾.

No Brasil, segundo o DATASUS, em 2016, houveram mais de 211 mil casos de IC autorizados para internação. Esses números são de mais de 208 mil quando se trata de adultos (20 anos para cima). Nessa mesma faixa etária, foram catalogadas mais de 23 mil mortes. Já no Ceará, em 2016, houveram mais de sete mil casos de IC autorizados para internação⁽⁴⁾.

É uma complicação grave, geralmente progressiva e irreversível, que pode comprometer grande parte dos pacientes cardíacos e, especialmente, aqueles acometidos de doença arterial coronária, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, valvopatias, cardiopatias congênitas, doença pulmonar grave e diabetes.

Durante as últimas décadas, a IC tem se revelado como um dos problemas de saúde pública de maior envergadura, por sua crescente incidência, sobretudo, nos países desenvolvidos, acometendo a população mais idosa. Apresenta, ainda, impacto social, econômico e, sobretudo, humano, visto que impõe uma limitação física aos pacientes e implicação em aposentadorias precoces e com altos custos governamentais⁽⁵⁾.

Os principais sintomas clínicos da IC incluem dispnéia, fadiga, edema, síncope e palpitações, que provocam grande desconforto aos seus portadores, com imenso prejuízo da qualidade de vida e redução de sobrevida. Os pacientes acometidos por IC apresentam como características marcantes a piora da capacidade funcional e conforto, sofrendo em geral, modificações em seu padrão de vida normal, pois tais sintomas interferem na execução de determinadas tarefas do cotidiano. Além disso, existem fatores psicológicos, como o medo e a ansiedade diante das restrições a que são expostos, fatores estes tantos físicos quanto emocionais são afetados pela doença⁽⁶⁾.

Em razão de ser caracterizada como uma condição crônica de saúde, os pacientes com IC devem dispor de uma rede de apoio sólida composta por profissionais de saúde, família e comunidade, melhorando sua qualidade de vida e saúde. Nesse sentido, o enfermeiro é o profissional que se mantém mais próximo desses pacientes, devendo estar preparado para prestar assistência de forma a atender às necessidades biológicas, proporcionando-lhes conforto; e também às necessidades psicossociais, levando-os a superarem limitações e adquirirem mecanismos de enfrentamento, bem como capacitando-os junto a sua família para o autocuidado⁽⁵⁾. Vale ressaltar que, o conhecimento epidemiológico da IC é relevante para o planejamento de intervenções que visem prevenir e tratar esta condição⁽⁷⁾.

Frente ao exposto, torna-se relevante, um estudo do perfil epidemiológico dessa patologia, bem como o conhecimento acerca da prevalência de internações por macrorregião de saúde, faixas etárias, cor/raça, sexo, caráter de atendimento, taxas de mortalidade e óbitos, visto que, a sua história natural traz consigo consequências clínicas, físicas e psicossociais que atingem todas as faixas etárias em todo mundo. Dessa maneira, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de insuficiência cardíaca notificados no Estado do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, com abordagem quantitativa, fundamentado em pesquisa com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN-NET). A epidemiologia descritiva examina como a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, entre outras⁽⁸⁾.

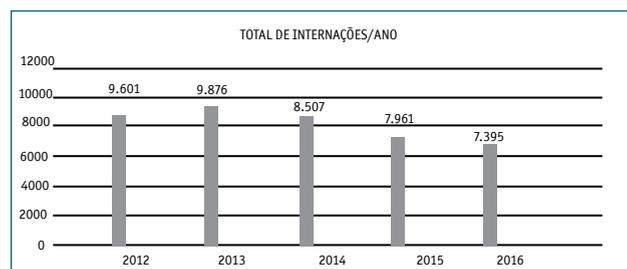
Para a composição do universo da amostra foram consideradas todas as notificações de IC registradas no SINAN ocorridas no estado do Ceará, no período de 2012 a 2016. As informações foram coletadas e estratificadas em fevereiro de 2016 pelas seguintes variáveis epidemiológicas: internações segundo faixa etária, sexo, cor/raça, macrorregião de saúde, caráter de atendimento (eletivo ou urgência), óbitos e taxa de mortalidade por ano.

Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se o programa Microsoft Excel para Windows, versão 2013. Foram calculadas as frequências relativas e absolutas e, posteriormente, as informações coletadas de acordo com as variáveis epidemiológicas foram confrontadas com a literatura pertinente e expostas por meio de tabelas e gráficos.

RESULTADOS

O Gráfico 1 revela o total de internações por ano, de indivíduos com IC no Estado do Ceará, de acordo com o SINAN, no período de 2012 a 2016. Evidencia-se que ocorreu um predomínio de internações no ano de 2013.

Gráfico 1. Distribuição dos casos de internações por IC no Estado do Ceará, no período de 2012 a 2016.



Na Tabela 1 estão caracterizados os dados relativos à faixa etária, sexo, cor e raça dos indivíduos internados por IC no estado do Ceará. Ressalta-se que a média de idade mais acometida foi de 60 a maiores de 80 anos. Houve predominância do sexo masculino com 24.354 (56,1%) acometidos. Em se tratando da cor/raça, a maioria, 26.861 (61,9%), eram pardos.

Tabela 1. Distribuição dos dados relativos à faixa etária, sexo, cor e raça dos indivíduos internados por IC no Estado do Ceará, no período de 2012 a 2016.

VARIÁVEIS	N	%
FAIXA ETÁRIA		
< 20 anos	935	2,1
20 – 39	2.014	4,6
40 – 59	9.827	22,6
60 – 79	15.448	35,6
> 80 anos	9.929	22,9
SEXO		
Masculino	24.354	56,1
Feminino	18.486	43,8
COR/RAÇA		
Branca	2.449	5,6
Preta	181	0,4
Parda	26.861	61,9
Amarela	194	0,4
Indígena	7	0,01
Sem informação	13.648	31,4

Os resultados encontrados evidenciam que o caráter de atendimento predominante foi o de urgência, 42.587 (98,2%). Visto que, Fortaleza é a macrorregião com maior quantitativo das internações de IC no Ceará (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos dados relativos ao caráter de atendimento e macrorregiões dos indivíduos internados por IC no Estado do Ceará, no período de 2012 a 2016.

VARIÁVEIS	N	%
CARÁTER DE ATENDIMENTO		
Eletivo	753	1,7
Urgência	42.587	98,2
MACRORREGIÃO DE SAÚDE		
Fortaleza	28.279	65,2
Sobral	5.723	13,2
Cariri	6.388	14,7
Sertão Central	1.744	4
Litoral Leste/ Jaguaribe	1.206	2,7

Nesse determinante mostra-se que de acordo com o SINAN, no que se diz em relação aos óbitos e à taxa de mortalidade por ano, resultou-se em 7,3% do total de internações por IC entre os anos de 2012 e 2016 (Tabela 3).

Tabela 3. Quantidade de óbito/ano dos indivíduos internados por IC, no Estado do Ceará, no período de 2012 a 2016.

ANO	N	%
2012	614	1,4%
2013	587	1,3%
2014	614	1,4%
2015	718	1,6%
2016	668	1,5%
TOTAL	3.201	7,3%

DISCUSSÃO

Durante o período de estudo foram notificados 43.340 casos de internações por IC. Em análise à distribuição dos casos por ano verificou-se que o ano de 2013 teve a maior quantidade de internações, com 9.876 (22,7%); e o ano de 2016 teve menor quantidade, com 7.395 (17%). Observou-se que em 2012 obteve índice alto de internações, porém em menor quantidade que 2013, então, desde 2013

até 2016 a redução foi gradativa, sendo assim 2012 com 9.601 (22,1%), 2013 com 9.876 (22,7%), 2014 com 8.507 (19,6%), 2015 com 7.961 (18,3%) e 2016 com 7.395 (17%), conforme Gráfico 1.

Percebe-se que ao longo da série histórica estudada, a faixa etária mais atingida pelos casos de internações por IC foi o grupo de 60 a 79 anos, representado por 35,6% das internações, seguida pelas faixas etárias de 40 a 59 anos e maiores de 80 anos, com 22,6% e 22,9%, respectivamente, observado em Tabela 1.

Tendo em vista que, a doença manifesta-se mais evidentemente na população idosa, consistindo em um produto comum à maioria das doenças que acometem o sistema cardiovascular. Em consequência da transição demográfica, na qual a média de idade da população está maior, as pessoas acima de 60 anos atingem atualmente 11% da população mundial, esse percentual deve passar para 20% em 2050. Contudo, um aumento progressivo da população idosa leva a uma multiplicação do número de casos de IC⁽¹⁾.

Observou-se que o sexo masculino foi o mais evidente entre os indivíduos com IC, tendo 24.354 (56,1%) das internações, visto em Tabela 1. Segundo Freitas e Püschel⁹ predomina-se o sexo masculino entre os indivíduos com IC, corroborando com os resultados deste estudo. Podendo estar relacionado ao fato de que o homem não priorize cuidados com a própria saúde⁽¹⁾.

Com relação à cor/raça, dentre elas, branca, preta, parda, amarela e indígena, predominou-se os indivíduos de cor parda 26.861 (61,9%), seguido por branca 2.449 (5,6%), amarela 194 (0,4%), preta 181 (0,4%) e por último indígena 7 (0,01%), apresentado em Tabela 1. Estudo⁽¹⁰⁾ conclui, que a maioria dos pacientes estudados era de etnia branca autorreferida (59%), porém neste estudo foi observado uma inversão dessa teoria com prevalência da cor parda. Esse acontecimento pode ser explicado pelo fato de terem sido analisadas regiões divergentes. Segundo o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará⁽¹¹⁾, verifica-se que o Ceará ocupou o oitavo lugar na proporção de residentes que se declararam como Pardos (61,8%).

Ao analisar o caráter de atendimento, mensurados por caráter eletivo e de urgência, foi visto que o número de in-

ternações por urgência foi extremamente superior em relação às internações eletivas. Sendo assim, 753 (1,7%) de internações eletivas e 42.587 (98,2%) de caráter de urgência, conforme Tabela 2. Além de representar uma das principais causas de morbimortalidade entre os idosos, a IC é uma das principais causas de hospitalização e procura por serviços de emergência entre os idosos, no Brasil e no mundo⁽⁶⁾.

De acordo com o SINAN, as macrorregiões de saúde são Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe, sendo assim 28.279 (65,2%), 5.723 (13,2%), 6.388 (14,7%), 1.744 (4%) e 1.206 (2,7%) das internações em cada macrorregião, respectivamente, conforme Tabela 2. Observa-se que Fortaleza foi a macrorregião onde predominou-se a maior quantidade de internações por IC no Estado do Ceará. Em relação aos óbitos e à taxa de mortalidade por ano, resultou-se em 3.201 (7,3%) do total de internações por IC entre os anos de 2012 e 2016, exposto na Tabela 3.

Com isso, observa-se que a hospitalização está associada a um aumento na dependência do paciente, fazendo com que a identificação de indivíduos com maior risco de perda funcional seja uma ação rotineira na prática assistencial de enfermagem. A identificação precoce dos pacientes com maior risco de dependência pode contribuir para minimizar as consequências adversas da hospitalização e, portanto, as ações de enfermagem individualizadas passarão a atender às demandas de cuidado compatíveis com o desempenho funcional do paciente⁽⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia que a IC acomete em maior proporção o sexo masculino, com faixa etária de 60 a 79 anos de cor/raça parda, tendo caráter de atendimento predominante o de urgência. Destaca-se, ainda, que Fortaleza foi a macrorregião que apresentou o maior número de casos.

A realização deste estudo permitiu conhecer a epidemiologia da IC no Estado do Ceará, possibilitando, uma visão mais ampla do que vem mudando e avançando com o passar dos anos. Torna-se relevante destacar, que a quantidade de internações vem reduzindo a cada ano, o que pode estar relacionado com as atividades de promoção da saúde realizadas pelos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Amaral LN, Machado RC. Perfil clínico de pacientes com insuficiência cardíaca para embasar a prática clínica do enfermeiro. Rev. Enfermagem Brasil. 2016. Vol 15. Nº 2. 90-97.
2. Freitas MTS, Püschel VAA. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. Rev Esc Enferm USP. 2013. 47(4):922-9.
3. CDC - Centers for Disease Control and Prevention [página da internet]. EUA (GA); 2016 [atualizado em Junho de 2016; acesso em 2017 Fev 25]. Disponível em: https://www.cdc.gov/dhds/data_statistics/fact_sheets/fs_heart_failure.htm
4. DATASUS [página da internet]. Brasil; 2017 [acesso em 2017 Fev 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtn.exe?sih/cnv/niuf.def>

5. Silva FVF, Silva LF, Rabelo ACS. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. Aquichan. Chía. jul. 2014. v. 15, n. 1, p.116-128.
6. Xavier SO, et al. Insuficiência cardíaca como preditor de dependência funcional em idosos hospitalizados. Revista da Escola de Enfermagem. São Paulo. jun. 2015. v. 49, n. 5, p.790-796.
7. Araújo AA, Sousa MM, Silva EP, Santos SR, Costa MML, Filho IGS. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. Rev Enferm UFPE on line. Recife. mar. 2014. 8(3):509-13.
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
9. Freitas MTS, Püschel VAA. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. Rev Esc Enferm. São Paulo. dez. 2012. 47(4): 922-9.
10. Albuquerque DC, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. Arq Bras Cardiol. 2014; [online].ahead print, PP.0-0.
11. IPECE. Informe. Perfil da raça da população cearense. [página da internet]. Brasil (CE); 2012 [acesso em 2017 Fev 27]. Disponível em http://www.ipece.ce.gov.br/informe/Ipece_Informe_23_fevereiro_2012.pdf

Recebido em: 12.09.2016

Aprovado em: 29.09.2016

ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

ADHERENCE TO NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

Artigo Original

Antonio Uelton de Araujo da Silva¹

Jozeane Soares Azevedo²

Tassianny Ferreira Nobre³

RESUMO

Objetivou-se descrever a adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Saúde no município de Cascavel-CE. Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi composto por 113 participantes. A coleta dos dados foi realizada por um questionário que abordou variáveis socioeconômicas-demográficas relacionadas à adesão ao tratamento não farmacológico. Os dados foram analisados pelo programa EPI INFO versão 6.04. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Os pacientes apresentam uma boa adesão, entretanto, a falta de orientação e adoção de hábitos saudáveis são fatores que interferem na adesão ao tratamento. Percebemos a partir dos resultados que diversos fatores podem interferir na adesão ao tratamento. O estudo destaca importância da identificação dos casos de não adesão e posteriormente os profissionais revisem constantemente as prescrições de maneira que a adesão seja otimizada.

Palavras-chave: Enfermagem; Hipertensão; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to describe the adherence to the non-pharmacological treatment of patients with Systemic Hypertension in a Health Unit in the city of Cascavel-CE. This is a cross-sectional, exploratory-descriptive study with a quantitative approach. The study consisted of 113 participants. Data collection was performed by a questionnaire that addressed socioeconomic-demographic variables related to adherence to non-pharmacological treatment. The data were analyzed by the EPI INFO program version 6.04. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the University of Fortaleza (UNIFOR). Patients have a good adherence, however, lack of orientation and adoption of healthy habits are factors that interfere with adherence to treatment. We perceive from the results that several factors can interfere in adherence to the treatment. The study emphasizes the importance of identifying the cases of non-adherence and later the professionals constantly review the prescriptions in a way that the adhesion is optimized.

Keywords: Nursing; Hypertension; Health Promotion; Primary Health Care.

¹ Enfermeiro. Graduação em Enfermagem pela Faculdades Nordeste (FANOR). Enfermeiro assistencial Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Especialista em saúde da família (UNB) e urgência e emergência Leão Sampaio. Fortaleza-Ceará, Brasil. E-mail: uelton1@hotmail.com

² Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela FANOR. Especialista em auditoria - Auditora GAMEC planos de Saúde.

³ Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela FANOR. Enfermeira assistencial Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza-Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

As condições crônicas de saúde envolvem causas múltiplas, tendo início gradual, e com prognóstico incerto, com longa ou indefinida duração. Geralmente apresentam curso variável com períodos de agudizações, podendo por vezes gerar incapacitação e requerer cuidados contínuos, pois nem sempre a cura é alcançada. Apresentam também, forte carga de morbidades, sendo responsáveis por um grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações, de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem, ainda, perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava⁽¹⁾.

Dentre as principais doenças crônicas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apresenta-se como umas das doenças de maior incidência e que causa forte comprometimento na vida dos portadores dessa patologia⁽²⁾. Nos últimos 20 anos pesquisas apontam que a prevalência da HAS chega à 30% na população brasileira⁽³⁾.

A HAS é uma condição crônica caracteriza pelo aumento constante da pressão sanguínea acima da normalidade, 140 mmHg a sistólica e 90 mmHg a diastólica. Constantemente associa-se a alterações funcionais e estruturais de órgãos sistêmicos como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, conseqüentemente, essas alterações aumentam significativamente os riscos de doenças cardiovasculares fatais e não fatais⁽⁴⁾.

Nesse contexto é necessário que essa doença seja controlada por meio de tratamento. Dentre as formas de controle de hipertensão arterial, a mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento não farmacológico se destacam como importantes medidas de controle dessa patologia.

No entanto, estima-se que 50% das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde apresentam pressão arterial mantida em níveis indesejáveis. A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada⁽⁵⁾. A baixa adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes desse problema⁽⁶⁾.

Por ser uma doença multicausal, a adesão ao tratamento envolve diversos fatores. Segundo estudo⁽⁷⁾, esses podem ser ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), os relacionados à doença são: cronicidade, ausência de sintomas e de complicações, às crenças referentes a saúde ou desconhecimento dos sintomas também exercem influência significativa. O contexto familiar e autoestima também tem sua parcela importante na adesão. As questões relacionadas ao tratamento, como quantidade de medicação prescrita e efeitos adversos também tem seu peso. Ressaltamos ainda que a qualidade de vida, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento e relacionamento com a equipe de saúde, que envolve a empatia do binômio profissional/paciente, também são variáveis a serem levadas em consideração quando nos referirmos à adesão.

A adesão ao tratamento envolve fatores, que conglomeram necessidades do paciente, questões estruturais dos serviços de saúde, crenças, hábitos de vida, percepção da seriedade do problema, cronicidade da doença, conceito saúde-doença, autoestima. Esses diversos fatores perpassam por qualidade de vida e restrição alimentar e pratica de hábitos saudáveis⁽⁸⁾.

Pesquisar a adesão ao tratamento é um caminho para descobrirmos importantes estratégias para entendermos o fenômeno da adesão ao tratamento e ao mesmo tempo qualificar os cuidados e elevando os níveis de resolutividade dos serviços de saúde⁽⁹⁾. Com isso, percebemos que a adesão ao tratamento não-farmacológica, é de suma importância para que os níveis pressóricos se mantenham dentro dos padrões desejáveis.

Nesse contexto objetivou-se descrever a adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade de Saúde Marta Moura no município de Cascavel-CE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) Marta Moura, localizada no município de Cascavel-CE, no período de abril a junho de 2014.

A população do estudo foi composta por 113 participantes e os critérios de inclusão foram: I) ter cadastro na unidade há mais de 06 meses; II) não apresentar outras co-morbidades que não sejam de origem cardiovascular; os critérios de exclusão contemplaram: I) deficiência cognitiva; II) pessoas cadastradas que não foram localizadas.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário elaborado pelos autores da pesquisa sendo composto por questões abertas e fechadas, contendo dados referentes à caracterização socioeconômica-cultural dos participantes, terapêutica medicamentosa, hábitos e estilo de vida.

Os dados foram, organizados e processados utilizando o programa EPI INFO Versão 6.04, e posteriormente apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo analisados em caráter descritivo baseado na literatura pertinente e nos comentários do pesquisador.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com o parecer nº 618.821/2014, como preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa maneira, o componente ético esteve presente em todas as etapas da pesquisa, como preconiza os princípios da ética envolvendo seres humanos, no qual os participantes da pesquisa foram informados do intuito da pesquisa e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

NA maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino com 67,57%, seguido do sexo masculino com 32,43%. No que se refere à faixa etária a maior frequência é de pacientes idosos com 42,74%. Dentre os participantes, 56 (49,11%) se declararam pardos, 79 (70,54%) eram casados. A religião predominante foi o catolicismo (73,54%). Quanto à escolaridade, 63 (56,25%) dos participantes eram analfabetos. Na variável renda familiar, observou-se que a maioria, 109 (97,32%), recebia até dois salários mínimos, renda essa proveniente, a maior parte, de aposentadoria 69 (60,69%).

Nesse sentido, ao investigar o tratamento não farmacológico identificou-se que a atividade física de forma regular é realizada por 29 (25,66%) hipertensos, enquanto que 84 (74,34%) não realizavam nenhum tipo de atividade física. Ainda em relação à atividade física, 40 (35,4%) sabem da importância da atividade física para o controle da pressão arterial e 73 (64,60%) desconhecem os benefícios que esta pode trazer à saúde e melhora dos níveis pressóricos. Chama-se a atenção para o resultado de menos da metade, ou seja 42,48%, terem recebido algum tipo de orientação acerca da prática de atividade física.

O consumo de bebida alcoólica e o tabagismo foram negados por 94,59% e 89,29% da população do estudo, respectivamente. Apenas 21 (18,58%) receberam orientação sobre a relação do consumo de bebida alcoólica e a hipertensão arterial, e 10 (8,04%) receberam orientações sobre a relação do tabagismo com a mesma. No entanto, 25 (20,56%) dos hipertensos referiram saber da relação do cigarro com a hipertensão, entretanto 88(79,44%) desconhecem os efeitos da referida associação.

Outro fator que também está relacionado à adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão é a dieta. Uma dieta hipossódica e hipocalórica foi referida por 73,45% e 63,62%, respectivamente. Quanto à relação da dieta com o tratamento da hipertensão, 70 (61,95%) referiram terem recebido orientação. Para uma melhor compreensão os dados foram organizados e dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Variáveis relacionadas à adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial, Cascavel - CE, 2014. (N= 113).

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	n	%
ATIVIDADE FÍSICA DE FORMA REGULAR		
Sim	29	25,66
Não	84	74,34
SABE DA RELAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA COM A HIPERTENSÃO		
Sim	40	35,40
Não	73	64,60

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	n	%
RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA		
Sim	48	42,48
Não	65	57,52
CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA		
Sim	7	5,41
Não	106	94,59
RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA		
Sim	21	18,58
Não	92	81,42
TABAGISTA		
Sim	13	10,71
Não	100	89,29
SABE DA RELAÇÃO DO CIGARRO COM A HIPERTENSÃO		
Sim	25	20,56
Não	88	79,44
RECEBEU ORIENT. SOBRE A RELAÇÃO DO CIGARRO C/ A HIPERTENSÃO		
Sim	10	8,04
Não	103	91,96
FAZ DIETA HIPOSSÓDICA		
Sim	83	73,45
Não	30	26,55
FAZ DIETA HIPOCALÓRICA		
Sim	72	63,72
Não	41	36,28
RECEBEU ORIENTAÇÃO S/ A RELAÇÃO DA DIETA C/ A HIPERTENSÃO		
Sim	70	61,95
Não	43	38,05

DISCUSSÃO

As medidas não farmacológicas do controle da pressão arterial visam a mudança do estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis. As estratégias para o tratamento não farmacológico

são as seguintes: controle do peso corporal, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo e prática de atividade física de forma regular⁽¹⁰⁾.

No que se refere ao tratamento não farmacológico, percebe-se que as práticas de hábitos saudáveis ainda é um desafio para os hipertensos. Em meio aos participantes do estudo encontramos uma baixa adesão à prática da atividade física regular. Essa baixa adesão, coincide com a encontrada em estudo realizado por Carvalho et al. (2012)⁽¹¹⁾, e corroborada por Ramos (2008)⁽¹²⁾. Quando o hipertenso não realiza atividade física, deixa de aproveitar os diversos benefícios que a mesma proporciona, dentre esses destacamos a redução do peso corpóreo, controle dos valores pressóricos e redução dos níveis de colesterol LDL (*LowDensityLipoproteins*). Logo, a atividade física é um dos componentes mais importantes do tratamento não farmacológico.

Ressalta-se que a adoção de hábitos de vida saudáveis e a prática de atividade física é essencial para diminuir os índices de morbidade e mortalidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

O consumo de bebida alcoólica e o tabagismo foram negados pela maior parte dos participantes. Estudo⁽¹³⁾, que investigou 261 hipertensos, observou que o consumo de bebida alcoólica e tabagismo também foi negado pela maioria dos participantes. Percebe-se, com isso, que os entrevistados apresentam boa adesão quando avaliamos o etilismo e o tabagismo. Entretanto apesar do pequeno número encontrado é importante que se tenha atenção, pois essa é uma associação perigosa para os hipertensos.

Quando avaliado o conhecimento dos entrevistados sobre a importância da prática de atividades físicas e do não tabagismo para o controle da pressão arterial, evidencia-se que o conhecimento é frágil, sobretudo no que se refere as complicações que esse desconhecimento podem acarretar para esses indivíduos. Esses achados discordam do estudo⁽¹⁴⁾, que demonstram um maior conhecimento dos pacientes acerca das medidas não farmacológicas para o tratamento da hipertensão.

Esse baixo conhecimento da doença pode ser associado aos baixos níveis instrucionais dos entrevistados, por isso é necessário que seja desenvolvido ações de educação em saúde para esses pacientes. Estudo⁽¹³⁾ realizado em Minas Gerais demonstra que ações de educação em saúde incidem positivamente na saúde dos indivíduos, sobretudo na redução de peso, circunferência abdominal e dos níveis da pressão arterial.

Nesse contexto, fica claro que o baixo nível de conhecimento dos entrevistados sobre a relação da atividade física e do tabagismo com a hipertensão, influenciará principalmente na prática de hábitos de vida saudáveis, por conseguinte, a adesão a esse tipo de tratamento será diminuída. Reforça-se com isso a importância de orientações adequadas, assim

como, alternativamente, a formação de grupos para incentivar a prática de hábitos saudáveis.

No tratamento não farmacológico a dieta hipossódica e hipocalórica é de extrema importância para o controle pressórico, nesse contexto os participantes do estudo apresentaram uma boa adesão, coincidindo com o estudo⁽¹⁵⁾. Existe ainda o questionamento acerca da dieta com restrição ao sódio, pois a mesma pode não surtir tantos efeitos nos valores pressóricos, mas não existem evidências necessárias para a comprovação⁽¹⁶⁾.

A dieta hipossódica exerce um efeito de controle da pressão arterial significativo, quando realizado a longo prazo. Destaca-se, ainda, que existem outras fontes de sódio, dentre os principais, os alimentos industrializados e enlatados são importantes fontes de sódio, não se restringindo apenas ao sal de cozinha. Outro ponto a se sobressair é que uma dieta hipercalórica tende a aumentar os níveis de colesterol LDL (*LowDensityLipoproteins*) e, por conseguinte, aumenta os riscos de doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico⁽¹⁷⁾.

Nesse contexto, observou-se que a maioria dos entrevistados segue uma dieta hipossódica (73,45%) e hipocalórica (63,72%). Podemos sugerir com isso que os hipertensos têm conhecimento da importância que a dieta exerce sobre a pressão arterial, uma vez que o sódio está intimamente ligado a hipertensão. Por sua vez, a dieta hipocalórica é um bom indicador de adesão ao tratamento não farmacológico, pois uma dieta com altos índices calóricos aumenta o risco de sobrepeso e doenças do aparelho circulatório.

Ao analisar as orientações sobre o tabagismo, etilismo, bem como da prática regular de atividade física, percebe-se que muitos pacientes ainda não tem acesso a essas informações. As orientações é uma das etapas mais importantes do plano terapêutico, pois é nesse momento que o profissional, sobretudo o enfermeiro, deve informar sobre os cuidados que o paciente deve ter acerca do tratamento. Logo, se o hipertenso não recebe orientação referente ao tratamento não farmacológico à adesão a este, possivelmente, poderá ser menor.

A maioria dos pacientes recebeu orientações acerca da importância de se fazer uma dieta hipossódica (73,45%) e hipocalórica (63,62%). No entanto, para a adesão a este tipo de dieta, faz-se necessário que o conhecimento seja dispensando pelo profissional de saúde, pois este se configura como um facilitador para a adesão no tratamento da hipertensão.

Segundo estudo⁽¹³⁾, para que a mudança do estilo de vida ocorra é necessário tempo e, sobretudo que ocorra a continuidade do cuidado, dentre as alternativas viáveis, cita-se a realização de grupos de pacientes. Assim, a educação em saúde é uma ferramenta de promoção da saúde que pode ser utilizada pelos enfermeiros para o controle da pressão arterial sistêmica, nos portadores de hipertensão, e para a adesão ao tratamento não farmacológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos possibilitou conhecer a adesão do paciente hipertenso ao tratamento não farmacológico e os principais fatores que estão associados a não adesão deste tratamento.

Nota-se que há uma carência de informação e desconhecimento das principais complicações que a não adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão podem causar ao portador de hipertensão. Por isso, faz-se necessário que os profissionais intensifiquem as orientações e também busquem realizar atividades de educação em saúde que visem o tratamento não farmacológico, bem como a adoção de hábitos de vida saudáveis.

A educação em saúde é uma alternativa que pode apresentar bons resultados e melhorar a adesão ao tratamento das doenças crônicas. Assim, é importante que o enfermeiro que atua com este grupo realize atividades de educação em saúde com

foco na promoção da saúde e de hábitos saudáveis dos pacientes hipertensos.

Ressalta-se importante que sejam utilizados tecnologias que auxiliem na identificação dos casos de não adesão ao tratamento da hipertensão. Faz-se necessário, ainda, que os profissionais de saúde revisem constantemente as prescrições de maneira que o tratamento farmacológico associado ao não farmacológico possa ser efetivo.

Conclui-se, portanto, que o processo de cuidado dos pacientes hipertensos deve ser desenvolvido com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e saúde. Para tanto, o enfermeiro deve envolver o paciente, a família e a coletividade, com o objetivo de prestar um cuidado integral para o alcance do controle da hipertensão arterial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa Universidade para todos (PROUNI), por possibilitar o acesso ao ensino superior.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 512. 2012.
2. Williams B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 2010;v.55, n.1:66-73.
3. Cesarino CB. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq. Bras. Card*, 2008; v. 91, n.1:31-35.
4. Silva D A Set al, Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*, 2012; v.46, n.6: 988-998.
5. Ben A J Confiabilidade e análise de desempenho de dois questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire. 2011. 108 f. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.
6. Santa Helena. et al. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *RevSaude Publica*.2008; v.42,n.4:764-7.
7. Lima TM; Meiners MMM, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *RevPan-Amaz Saude*, 2010; v.1 n.2: 113-120.
8. Carvalho ALM. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;v.17 n. 7:1885-1892.
9. NEMES, M. I. B et al. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cadernos de Saúde Pública*.2009;v.25. n. 3:392-400.
10. BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 128p. 2013.
11. CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;v.17 n. 7:1885-1892.
12. Ramos AL Prevalência de Fatores de Risco Cardiovasculares e Adesão ao Tratamento em Pacientes Cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hipertensão) em Unidade de Referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005 [dissertação]. Fortaleza: Fiocruz; 2008.
13. Oliveira, T.L et al., Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm*.2013; v.26. n. 2:179-84.
14. Serafim T. et al. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. *Acta paul. Enferm*.2010; v. 23. n. 5: 658-664.
15. OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Rene*.2010; v.11, n.1:76-85.
16. FIGUEIREDO, N. N; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm*. 2010; v.23, n.6: 782-7.
17. BRASIL. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2006. p.56.

Recebido em: 19.09.2016

Aprovado em: 29.09.2016

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR – ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM PROFESSORES DA REDE PÚBLICA

HEALTH EDUCATION IN SCHOOL ENVIRONMENT – INTERVENTION STUDY WITH PUBLIC SCHOOL TEACHERS

Artigo Original

Thábyta Silva de Araújo¹

Queliane Gomes da Silva Carvalho²

Valter Cordeiro Barbosa Filho³

Ana Cristina Pereira de Jesus Costa⁴

Fabiane do Amaral Gubert⁵

Neiva Francenely Cunha Vieira⁶

RESUMO

Objetivou-se apresentar o resultado da capacitação de professores da rede pública de ensino para a inserção de temas de saúde na estrutura curricular para promoção da saúde do adolescente. Estudo de intervenção, realizado com 29 professores da rede municipal de ensino de tempo integral. No primeiro momento da capacitação, os professores optaram por estratégias do tipo pesquisa de campo e leitura de texto para discutir temas de saúde. No segundo momento, percebeu-se a opção, em especial, por estratégias lúdicas, como construção e participação em jogos, elaboração de vídeo e cartazes. Foi observado dificuldade em abordar a temática sexualidade e uso de atividades pontuais com menor inserção na comunidade. Conclui-se que as propostas e ideias iniciais demonstraram o esforço e a capacidade dos professores das distintas áreas de conhecimento em utilizar recursos e estratégias adequados para abordar temáticas relacionadas à saúde no cotidiano da sala de aula.

Palavras-chave: Enfermagem; Docentes; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective of the presentation of the training of teachers of the public school system for the insertion of health topics in the curricular structure for the promotion of adolescent health. Intervention study, carried out with 29 teachers of the municipal network of full-time teaching. At the first moment of the training, teachers opted for field research and text reading to discuss health issues. In the second moment, the option was realized, in particular, for ludic strategies, like construction and participation in games, elaboration of video and posters. It was observed difficulty in approaching the theme sexuality and use of specific activities with less insertion in the community. It is concluded that initial proposals and ideas demonstrated the effort and capacity of teachers in the different areas of knowledge to use appropriate resources and strategies to address health-related issues in the classroom everyday.

Keywords: Nursing; Faculty; Health Education.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: thabyta.araujo@hotmail.com

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFPE.

³ Educador Físico. Doutor em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus Imperatriz.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem da UFC.

⁶ Enfermeira. PhD pela Universidade de Bristol. Professora Titular da UFC. Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), nível 2.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde faz parte do elenco das ações de promoção da saúde integrada na linha de atenção do cuidado em todos os níveis, a saber: primário, secundário, terceiro e quaternário. Da mesma forma, é verdade afirmar que a prática social do enfermeiro está integrada a uma concepção de atenção integrada a saúde desde sua formação, com foco na promoção da saúde.

O cuidado, nessa perspectiva, refere-se a uma concepção ampliada de saúde, em que se deve compreender o cuidar não somente do indivíduo em seu determinante biológico, como uma doença específica a ser tratada ou adoção de comportamento que o exponha a situações de vulnerabilidade e risco, mas deve incluir elementos de sua subjetividade, suas relações imediatas com a família, grupo, escola e comunidade, considerando o contexto cultura e social ao qual está inserido.

A saúde e cuidado da saúde direciona-se para a promoção de um bem-estar que compreende um estado ótimo de saúde de indivíduos e grupos, cuja meta seja o alcance de seu máximo potencial físico, psicológico, social, espiritual e econômico, considerando as próprias expectativas de seus papéis na família, escola, comunidade, local de culto, local de trabalho e outros ambientes⁽¹⁾.

A maior importância da promoção da saúde está na variedade de possibilidades para resguardar e aumentar o potencial individual e social de escolha entre diversas formas de vida mais saudáveis, advertindo duas direções: 1) integralidade do cuidado e 2) construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial⁽²⁾.

No Brasil, o Conselho Nacional de Educação propôs Diretrizes Curriculares, as quais incluem orientações e conteúdos (mas não regras) para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos-pedagógicos das escolas brasileiras. As diretrizes curriculares trazem recomendações para o Ensino Fundamental com a prática de uma educação para a cidadania, que é centrada na autonomia, diversidade e reflexão sem que conteúdos chaves para a formação de crianças e adolescentes sejam esquecidos⁽³⁾.

Nesse sentido, temas como ética, meio ambiente, pluralidade cultural, saúde, orientação sexual e trabalho receberam o título geral de temas transversais, indicando metodologias para sua inclusão no currículo e seu tratamento didático em diferentes disciplinas, sendo a escola um espaço importante para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, é o que afirmam os estudos quando discutem a relação entre a saúde e escola⁽⁴⁻⁷⁾.

Outra iniciativa governamental foi o Programa Saúde na Escola (PSE) que tem como objetivo diminuir a distância entre escola e saúde, criar um espaço de discussão intersetorial que se aproxime da realidade de cada educando e possibilite ser um participante ativo nesse processo, proporcionando o protagonismo juvenil.

O PSE estabelece a parceria entre as políticas de educação e saúde, instituído, em 2007, por meio do decreto nº 6.286. Esse programa estabelece a formação integral dos alunos da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Seus eixos organizativos giram em torno da promoção da atenção integral; integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica; constituição de territórios de responsabilidade entre escolas estaduais e municipais e equipes de saúde.

Dentre as cinco grandes áreas temáticas de ações do PSE, este artigo enfoca os seguintes componentes: II -Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos e III- Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola⁽⁸⁾.

O ensino de temas de saúde tem sido um desafio no que se refere à garantia de uma aprendizagem significativa e transformadora de atitudes e comportamentos saudáveis junto a crianças e adolescentes. Assim, todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes saudáveis podem ser considerados e, diante da diversidade de cenários, a educação em saúde necessita permear todas as áreas que compõem o currículo escolar⁽⁹⁾.

O professor, no exercício de suas funções, relata insegurança em discutir temas e vulnerabilidades na escola, como assuntos relativos ao uso de drogas e sexualidade, e, esse sentimento, em parte, se dá pela percepção de despreparo, justificada pelo educador pela falta de tempo e/ou recursos financeiros e suporte organizacional para participar de cursos e eventos relacionados ao desenvolvimento de metodologias alternativas para a introdução de assuntos atuais as disciplinas curriculares⁽¹⁰⁾.

Sob esta ótica, a escola surge como importante aliada para a concretização de metodologias participativas na promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos adolescentes e para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde, logo, pesquisas precisam ser desenvolvidas para que os resultados de novas interligações entre educação em saúde e escola sejam conhecidos⁽¹¹⁾.

Organizações de saúde e educação têm recomendado a inclusão de estratégias de intervenção para o incentivo às práticas saudáveis, objetivando a redução de agravos e doenças não transmissíveis no ambiente escolar. A complexidade destes temas faz com que nenhuma área de conhecimento, isoladamente, seja suficiente para explicá-los; ao contrário, a problemática dos temas transversais atravessa os diferentes campos do conhecimento e necessita de um trabalho interdisciplinar e coerente entre/nas diversas áreas⁽¹²⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo apresentar o resultado da capacitação de professores da rede pública de ensino para a inserção de temas de saúde na estrutura curricular na promoção da saúde do adolescente.

METODOLOGIA

Estudo de intervenção, realizado no período de agosto a novembro de 2014 em três Escolas de Tempo Integral (ETIs) da rede municipal de ensino público de Fortaleza-Ceará. As ETIs representam um espaço educativo para que crianças e adolescentes desenvolvam suas potencialidades de forma completa. No Estado, as ETIs surgem também como possível alternativa de combate a violência que tem atingido principalmente adolescentes e jovens.

Em 2014, seis ETIs foram implantadas, uma em cada região administrativa da cidade e para o curso de capacitação, três ETIs foram selecionados de forma aleatória simples (sorteio). Esse estudo fez parte de um projeto de pesquisa integrado sob o título “Fortaleça sua saúde: um programa de intervenção interdisciplinar para a promoção de um estilo de vida ativo e saudável em escolares” (ClinicalTrials.Gov - NCT02439827), uma intervenção randomizada e controlada.

Estudos de intervenção ou ensaios comunitários fazem parte do grupo de estudos experimentais que também incluem ensaios clínicos e experimentos de natureza laboratorial. Compreendem a realização de observações sistemáticas em condições controladas, implicando a exposição de um grupo populacional a uma intervenção introduzida pelo investigador e sob controle do processo de pesquisa⁽¹³⁾.

A intervenção constou de curso de capacitação com os professores das ETIs com discussão de temas da saúde e sobre as propostas dos temas transversais incluídas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)^(3,9,12).

Todos os professores das três ETIs foram convidados a participar do curso de capacitação por e-mail ou pessoalmente. Eles estavam integrados às áreas de conhecimento: 1) linguagens e códigos (língua portuguesa, língua estrangeira e artes); 2) ciências da natureza (biologia, física e química) e matemática; e 3) ciências humanas (história e geografia).

A amostra do estudo teve a participação de 29 professores, sendo 12 da área de linguagem e códigos, 12 das ciências da natureza e matemática e 5 das ciências humanas. Nas ETIs, os professores atuavam em turmas de 6º ao 9º ano do ensino fundamental, exclusivamente.

Os dados foram coletados durante a realização do curso de capacitação em temas de saúde, sendo realizado em dias distintos para atender aos horários de planejamento de cada área, conforme pactuado com a Secretaria Municipal de Educação.

O curso de capacitação foi estruturado em dois momentos, a saber:

1) O primeiro momento foi presencial, com duração de quatro horas e organizado em:

- Apresentação dos facilitadores (docentes e discentes da pós-graduação em Enfermagem e Educação Física), monitores e bolsistas de graduação;

- Discussão dos conceitos de saúde; promoção da saúde; atividade física; estilo de vida saudável; saúde na escola. As palavras foram fixadas embaixo de cada cadeira e os professores foram solicitados para identificarem e relacionarem a qual conceito estava sendo atribuído;

- Exposição dialogada sobre a importância do tema “Saúde e estilo de vida saudável na escola” e implementação do tema “Saúde na Escola” pertinente à população jovem brasileira na atualidade (por exemplo, alimentação saudável, atividade física, obesidade, entre outros) e sua relação com o rendimento escolar e comportamento do jovem no cotidiano;

- Trabalhos em pequenos grupos, onde os professores se organizaram em equipes de 2-4 membros e debateram como tratar temas de saúde nas disciplinas curriculares obrigatórias com ferramentas de ensino utilizadas em sala de aula, exemplo: trabalho dirigido, provas e avaliações, apresentações em grupos, entre outros. Os temas de saúde discutidos foram previamente determinados pela equipe de facilitadores do curso de capacitação, a saber: sexualidade, alimentação saudável, qualidade de vida, atividade física/esporte e ambiente e saúde. Temas comuns ao PSE e PCNs;

- Apresentação do “Manual do Professor”, documento elaborado com o propósito de apresentar ideias de incluir temas transversais de saúde na estrutura curricular das disciplinas do Ensino Fundamental. Era composto por: tema, objetivo, duração (tempo), material necessário, desenvolvimento, alternativas, observação e texto de apoio. Esse manual foi construído anteriormente ao curso de capacitação pelos mesmos facilitadores que desenvolveram este curso;

- Orientações sobre o momento virtual (à distância) correspondeu à fase em que foram esclarecidos aos professores sobre a etapa posterior ao presencial. A continuidade de planejar, executar e compartilhar experiências de educação em saúde com os alunos por meio da rede social *Facebook*, segundo momento da capacitação.

2) O segundo momento ocorreu virtualmente (à distância) por meio da rede social *Facebook*. Os professores foram orientados a divulgar e compartilhar, ao longo de 90 dias, as experiências vivenciadas por eles em sala de aula com os alunos na inclusão das atividades relacionadas à temática saúde. O professor foi estimulado a apresentar, por meio de diferentes recursos (ex. fotos, textos, vídeos), as ideias e os relatos (execução, dificuldades, motivações, sugestões, entre outros) após sua aplicação. Nesta fase, todos os professores tinham acesso às atividades desenvolvidas por seus colegas e podiam contribuir com sugestões, falar sobre suas estratégias e trocar ideias para o desenvolvimento de novas atividades.

Para este momento, criou-se uma página na rede social, no qual os facilitadores eram os mediadores. Os trabalhos realizados pelos professores e divulgados neste ambiente virtual foram acompanhados considerando a estratégia elaborada, materiais utilizados, as percepções do professor e dos alunos quanto à realização da atividade.

O conteúdo dos relatos e postagens na rede social foi transcrito pelo primeiro e segundo autor do presente estudo. Para análise dos dados, foi utilizado o referencial teórico-metodológico da análise temática de conteúdo⁽¹⁴⁾. Os dados obtidos das falas dos professores durante os encontros presenciais e os relatos e postagens das atividades realizadas pelo *Facebook* foram organizados em tabelas. Os resultados foram sistematizados com o intuito de evidenciar as estratégias de ensino propostas durante a capacitação e as que realmente foram realizadas, os temas em saúde trabalhados e o método instrucional empregado.

Este estudo respeitou os preceitos éticos contidos na Resolução CSN nº 466/12 e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Parecer Consubstanciado Número 301.456.

RESULTADOS

Os dados a seguir estão organizados em dois momentos, no primeiro, apresentam-se as propostas de temas e estratégias educativas pelos professores na fase presencial do curso e no segundo, os relatos dos professores na rede social Facebook, as ações de educação em saúde dirigidas aos adolescentes escolares.

Na tabela 1, encontram-se as propostas de estratégias educativas de distintos temas escolhidos pelos participantes do curso, como sexualidade, alimentação saudável, qualidade de vida, atividade física/esporte e ambiente e saúde. A partir da área de estudo, em grupo, eles optaram por utilizar pesquisa de campo e leitura de texto para discutir os temas de saúde. O objetivo foi inserir os temas à realidade vivida pelo aluno, trazendo esses assuntos numa interface relacionada à área de conhecimento de cada professor. Contudo, observou-se nos relatos dificuldades em lidar com a temática sexualidade nos diferentes níveis de escolaridade (Tabela 1, fala H1).

A avaliação formal foi citada como estratégia para inserir e testar o conteúdo proposto pelos conteúdos transversais em sala de aula (Tabela 1, fala G2).

Tendo concluído a fase presencial do curso, cada professor, ao retornar para sua escola, passa a planejar e realizar atividades de educação em saúde conforme a realidade de cada um. Nesse período, o segundo momento da intervenção ocorre por meio da rede social Facebook, em que todos os participantes se integram para compartilhar a execução das estratégias.

Nas estratégias desenvolvidas (Tabela 2), percebeu-se que os professores optaram por executar atividades com estratégias lúdicas, como construção e participação em jogos, elaboração de vídeo e cartazes. Observou-se também que entre a ideia inicial (durante a capacitação) e a efetiva realização das atividades na escola, houve mudanças nas estratégias utilizadas. Apesar das atividades, em sua maioria, não envolverem a comunidade em que vivem os alunos, evidenciou-se os esforços dos professores em tornar a atividade interessante e participativa.

Tabela 1. Estratégias e temas elencados durante capacitação, conforme área de conhecimento, Fortaleza, 2014.

ÁREA DE CONHECIMENTO	ESTRATÉGIA UTILIZADA	TEMA ABORDADO
Ciências da natureza e Matemática	Pesquisa de campo; Construção de gráficos e tabelas.	Atividade física/esportes; Sexualidade

TRECHOS DAS FALAS

"Saber deles quais os esportes que eles preferem, praticam, e daí construir tabelas, gráficos, mostrando, por exemplo, desses esportes que eles citaram, quais aqueles que gastam mais calorias em determinado tempo e aí é toda uma construção...situações problema envolvendo as operações matemáticas básicas." (M1)

"Saber o que é que a comunidade acha da importância da criação de ciclovias." (B1)

"Fazer uma entrevista com aquela mãe de família, se por acaso ela tinha tido gravidez na adolescência, ou se na própria casa há no momento naquela família alguma jovem grávida...com esses resultados eles fariam primeiro um relatório depois eles transformariam em uma tabela, onde essa tabela poderia ser representada em percentuais... falar das precauções que hoje em dia o jovem deve ter pra evitar a gravidez na adolescência, falar dos riscos, explicar também na matemática a questão econômica, do financeiro, que como é que um jovem pode criar um jovem." (M2)

"Depois de fazer gráficos, ele vai fazer como recurso artístico...um rap, sobre essa influência da boa alimentação na sua estatura." (M3)

Ciências humanas	Pesquisa; Pesquisa de campo.	Qualidade de vida
------------------	------------------------------	-------------------

TRECHOS DAS FALAS

"Pesquisar nações mais desenvolvidas com melhor qualidade de vida, saber o porquê eles têm essa melhor qualidade de vida e também tratar desse tema em relação a respeito, cidadania, respeitar o colega." (H3)

"Faremos um recorte histórico. Só pegariamos uma ou duas gerações e os meninos conheceriam a história do bairro, a ideia é construir um mural com imagem, com recortes das falas e depois apresentação em grupo/coletiva." (H2)

"Investigar mobilidade urbana e pratica de atividade física no entorno do bairro [...] esse tema ser abordado numa prova [...] definição do conceito de mobilidade urbana e que ele cite exemplos dos equipamentos de mobilidade urbana que têm no bairro, ou que estão ausentes no bairro." (G2)

"Às vezes falta sensibilidade do educador, muitas vezes ele não sabe lidar direito com a situação... como é que eu vou abordar o tema de sexualidade com alunos do sexto ano, do sétimo, do oitavo ano?" (H1)

ÁREA DE CONHECIMENTO	ESTRATÉGIA UTILIZADA	TEMA ABORDADO
Linguagens e códigos	Leitura de texto; Vídeos.	Alimentação saudável; Ambiente e saúde.

TRECHOS DAS FALAS

“Levar um texto (acerca do tema) para trabalhar quais são os substantivos que eu posso fazer no texto poético envolvendo o tema alimentação saudável.” (L1)

“Trabalhar ambiente, mostrando a problemática do bairro, trabalhar vocabulário relacionado a isso, incluir nisso, o que que o bairro tem, o que precisa melhorar.” (L2)

Fonte: Falas dos professores durante primeiro encontro presencial da capacitação.

Tabela 2. Estratégias desenvolvidas pelos professores após participação na capacitação conforme área de conhecimento, Fortaleza, 2014.

ÁREA DE CONHECIMENTO	ESTRATÉGIA UTILIZADA	TEMA ABORDADO
Ciências da natureza e Matemática	Criação do mascote da saúde; Construção de um dominó das frutas e de um jogo da memória dos legumes.	Saúde; Alimentação saudável.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

“Os alunos foram bem participativos e dispostos a concluírem a atividade. Mostraram sua criatividade ao desenharem os mascotes da saúde relacionando-os à disciplina de matemática.” (E1)

“No decorrer da atividade os alunos se divertiram com os jogos e foram bem criativos nos desenhos e participativos nas atividades.” (E2)

Ciências humanas	Caça-palavras	Saúde
------------------	---------------	-------

RELATO DA EXPERIÊNCIA

“Os alunos foram bem participativos e dispostos a concluírem a atividade.” (E3)

Linguagens e códigos	Elaboração de vídeos sobre a alimentação dos funcionários de uma escola; Confecção de cartazes sobre alimentação saudável.	Alimentação saudável
----------------------	---	----------------------

RELATO DA EXPERIÊNCIA

“Alguns grupos não mostraram interesse e não participaram da atividade, mas a maioria fez. Eles disseram que fazê-la foi muito bom, que nunca tinham feito atividades desse tipo e até mostraram interesse em fazer outras.” (E4)

“[...] os alunos trouxeram imagens de frutas, verduras e outros tipos de alimentos saudáveis para a confecção de um cartaz... aprendendo assim o vocabulário em inglês [...] Foi uma experiência enriquecedora.” (E5)

Fonte: Relatos e Postagens na mídia social Facebook.

DISCUSSÕES

As propostas de temas e estratégias educativas realizadas pelos professores do Ensino Fundamental para a inserção de temas relacionados à saúde em sala de aula ilustraram as diversas possibilidades de estratégias e tecnologias leves de ensino que podem e devem ser utilizadas na abordagem das temáticas transversais, preconizadas pelos PCNs.

Observou-se que os temas escolhidos atenderam ao componente II do PSE. Os temas sobre sexualidade, alimentação saudável, atividades físicas, saúde ambiental estão presentes em vários estudos de educação em saúde dirigidos a comunidade escolar⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Quanto ao componente III do PSE, a intervenção por meio do curso de capacitação de professores predominou o uso de metodologias problematizadoras, sendo evidenciado o interesse dos mesmos em trabalhar com aspectos da comunidade próximos à escola. Essa concepção pedagógica de problematizar oferece o verdadeiro entrelaçamento entre o mundo do ensino e o mundo real⁽¹⁸⁾.

No entanto, no segundo momento, observou-se que as estratégias escolhidas diferiram, em sua maioria, daquelas preconizadas nas metodologias problematizadoras, sendo substituídas por estratégias mais pontuais e com menor inserção na comunidade. Essa alteração pode ter ocorrido devido à necessidade de aproximar o aluno do tema por meio de estratégias mais simples, que demandassem um menor tempo de execução, fator este que, muitas vezes, é colocado em destaque visto à obrigatoriedade do cumprimento de “conteúdos obrigatórios” nas disciplinas curriculares, mas que também pode denotar pouca compreensão do que seria um tema transversal em suas aulas.

Mesmo assim, a introdução do lúdico em suas atividades, com limitado foco reflexivo e problematizador, proporcionaram mudanças positivas no que se refere ao cuidado e interesse do professor em utilizar estratégias diferentes das formais, buscando adequá-las às necessidades da turma e torná-la atrativa aos alunos.

As estratégias metodológicas propostas para inclusão de temas transversais e adotadas por professores servem como um recurso facilitador na introdução de temas atuais relativos à saúde, à tecnologia, à sociedade e ao meio ambiente, sem interferir ou prejudicar o conteúdo programático das disciplinas⁽¹⁹⁾.

A insegurança do professor em abordar temas, como a sexualidade, relatada durante a capacitação, ocorre, muitas vezes, quando o professor se sente despreparado com o conteúdo, fazendo com que ele tenha dificuldades para vislumbrar as possibilidades da inserção de um determinado tema ou tecnologia em sua vivência em sala de aula e currículo⁽²⁰⁾.

Corroborando com a dificuldade do professor em abordar a temática da sexualidade nos diversos níveis de escolaridade, estudo realizado na Bahia, evidenciou que eles não estão preparados para lidar com perguntas dos adolescentes sobre sexo/sexualidade/gênero, sendo necessário um aperfeiçoamento dos profissionais do ensino público acerca dessa temática⁽²¹⁾.

A intenção do uso de avaliação formal para os conteúdos relacionados aos temas transversais, no caso, atividade física e mobilidade, revela a necessidade de mais formação do professor na atividade de educador em saúde. Tanto os temas transversais dos PCNs como o componente II do PSE advogam mudanças comportamentais dos escolares quanto aos cuidados com a saúde. Isso envolve elementos da subjetividade, como desejo, motivação, reflexão e decisão que não são passíveis de serem verificados por instrumentos de avaliação que privilegie a verificação de conhecimentos.

Embora não tenha sido objeto da intervenção, notou-se que as atividades propostas e as estratégias adotadas pelos professores ocorreram de forma mais pontual do que uma inserção contínua ao conteúdo programático das disciplinas. Apesar de isso ter reflexo nas práticas de promoção, proteção e recuperação de saúde e serem consideradas aprendizagens positivas⁽⁹⁾, faz-se necessário que haja maior interação entre as áreas de conhecimento da estrutura curricular, a escola, a comunidade e outras instituições, possibilitando o contato com o repertório sociocultural do aluno, o que permite resgatar, no trabalho escolar, a relação conhecimento-realidade⁽¹²⁾.

O desinteresse dos alunos na realização de atividades propostas de educação em saúde também foi verificado em estudo realizado no Rio Grande do Sul, em que os professores tentavam adequar os conteúdos curriculares à realidade vivenciada pelos alunos. Algumas barreiras foram identi-

ficadas para a falta de interesse, como o não envolvimento da família no ambiente escolar e problemas estruturais e administrativos⁽¹⁰⁾. Assim, evidencia-se a importância de que o objetivo da atividade proposta seja compartilhado com os alunos para que facilite sua participação e seu interesse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que a capacitação dos professores deve ser contínua, de forma a assegurar o desenvolvimento de estratégias educativas para a promoção de saúde e prevenção de agravos ao escolar e à comunidade.

Os temas e estratégias escolhidos oportunizaram aos professores o compartilhamento de experiências de inclusão de temas de saúde nas distintas áreas de conhecimento, revelando-se uma prática promissora no ambiente escolar.

Conclui-se que as propostas e ideias iniciais demonstraram o esforço e a capacidade dos professores das distintas áreas de conhecimento em utilizar recursos e estratégias adequados para abordar temáticas relacionadas à saúde no cotidiano da sala de aula.

Apesar disso, ainda foi possível observar certa dissociação entre a teoria e a prática fomentada. Por exemplo, poucas atividades aplicadas puderam permitir uma interação entre os alunos e sua comunidade, vivências e reflexões sobre a influência do meio ambiente e relações sociais nas temáticas referentes à saúde.

Dessa forma, a transversalidade dos temas de saúde na estrutura curricular das escolas necessita ser melhor trabalhada como forma de tornar os alunos cidadãos conscientes, reflexivos e transformadores de seu meio social.

REFERÊNCIAS

1. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*. 2006;21(4):340-345.
2. Gomes CM, Horta NC. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. *Rev. APS*. 2010;13(4):486-499.
3. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica. Brasília, DF: MEC, SEB, DICEI; 2013.
4. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(3):829-840.
5. Monteiro PHN, Bizzo N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2015;22(2):411-427.
6. Morés FB, Silveira E. Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. *Saúde debate*. 2013;37(97):241-250.
7. Barbosa NVS, Machado NMV, Soares MCV, Pinto ARR. Alimentação na escola e autonomia - desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(4):937-945.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
9. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais, saúde. Brasília, DF: MEC/SEF; 1997.
10. Coutinho RX, Santos WM, Folmer V, Rocha JPT, Puntel RL. Percepções de professores de ciências, matemática e educação física sobre suas práticas em escolas públicas. *Revista Ciências&Ideias*. 2012;4(1):1-18.
11. Mora MCG, Gálvez LH, Berrío MN. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico Belkys Sotomayor Clvarez de Ciego de Avila. *Mediciego*. 2011;17(2).
12. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília, DF: MEC/SEF; 1998.

13. Pereira SM, Barreto ML. Estudos de intervenção. In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1a ed. São Paulo: Edições 70 - Brasil; 2011.
15. Lopes RE, Borba PLO, Trajber NKA, Silva CR, Cuel BT. Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional*. *Interface (Botucatu) [online]*. 2011;15(36):277-288.
16. Maia ER, Lima Junior JF, Pereira JS, Eloi AC, Gomes CC, Nobre MMF. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. *Rev. Nutr.* 2012;25(1):79-88.
17. Koerich MS, Baggio MA, Backes MTS, Backes DS, Carvalho JN, Meirelles BHS, et al. Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. *Rev. enferm. UERJ*. 2010;18(2):265-71.
18. Baroni FCAL, Vianna PCM, Coelho S. Metodologias inovadoras na formação de nível médio em saúde. *remE - Rev. Min. Enferm.* 2011;15(4):601-606.
19. Assis A, Teixeira OPB. Argumentações discentes e docente envolvendo aspectos ambientais em sala de aula: uma análise. *Ciência & Educação*. 2009;15(1):47-60.
20. Bittar M. A abordagem instrumental para o estudo da integração da tecnologia na prática pedagógica do professor de matemática. *Educar em Revista*. 2011;(n. Especial 1):157-171.
21. Avila AH, Toneli MJF, Andaló CSA. Professores/as diante da sexualidade-gênero no cotidiano escolar. *Psicologia em Estudo*. 2011;16(2):289-298.

Recebido em: 03.10.2016

Aprovado em: 20.10.2016

A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: PERCEPÇÃO DA PESSOA COM CÂNCER

THE INFLUENCE OF SPIRITUALITY AND RELIGIOUSNESS IN ONCOLOGICAL TREATMENT: PERCEPTION OF THE PERSON WITH CANCER

Artigo Original

Pollyane Teixeira Rocha¹

Cássio de Almeida Lima²

Orlene Veloso Dias³

Patrícia Alves Paiva⁴

Jucimere Fagundes Durães Rocha⁵

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender a influência que a religiosidade e a espiritualidade têm no processo de enfrentamento e recuperação, na percepção dos pacientes oncológicos. Estudo qualitativo, desenvolvido com seis indivíduos com neoplasia, submetidos a alguma modalidade de tratamento, em uma instituição de atenção hospitalar localizada no município de Montes Claros – MG. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, que foram organizadas e analisadas mediante a Análise Temática de Conteúdo. A partir dos relatos, compreendeu-se o valor dado pelos pacientes à religiosidade e à espiritualidade, ao se referirem à esperança de possibilidade de cura frente ao diagnóstico recebido. Também emergiram as formas de enfrentamento que vivenciam, ancoradas na religião e na espiritualidade, o que favorece a experiência do tratamento, além de potencializar a recuperação da saúde. A fé permite o alívio da dor e o sofrimento causados pela presença do câncer, além de propiciar a esperança em relação à cura.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religião; Neoplasias; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The objective of the study was to understand the influence that religiosity and spirituality have on the process of coping and recovery, on the perception of cancer patients. A qualitative study, developed with six individuals with neoplasia, submitted to some treatment modality, in a hospital care institution located in the municipality of Montes Claros - MG. Semi-structured interviews were conducted, which were organized and analyzed through the Thematic Content Analysis. From the reports, the value given by the patients to religiosity and spirituality was understood, when referring to the hope of possibility of cure against the diagnosis received. Also the forms of confrontation that they experience, anchored in religion and spirituality, have emerged, which favors the experience of the treatment, besides potentiating the recovery of health. Faith allows the relief of the pain and suffering caused by the presence of cancer, in addition to providing hope for healing.

Keywords: Spirituality; Religion; Neoplasms; Qualitative Research.

¹ Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG-Brasil.

² Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina-MG-Brasil. E-mail: cassioenf2014@gmail.com

³ Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG-Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG-Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde. Professora da Faculdade de Saúde Ibituruna. Montes Claros-MG-Brasil.

INTRODUÇÃO

A espiritualidade e a religiosidade são aspectos importantes no cuidado de pessoas doentes, principalmente pessoas com doenças sem possibilidade de cura. Trata-se de duas dimensões que, apesar de se associarem, não se coincidem. A espiritualidade se pauta na construção do significado da vida pelo sujeito. É portanto, individual e parte da concepção de que a vida transpõe aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido. Engloba as necessidades humanas universais, ela pode ou não incluir crenças religiosas específicas e fornece uma filosofia ou perspectiva que norteia as escolhas da pessoa. A religiosidade, por sua vez, abrange um sistema de crenças e doutrinas que é compartilhado por um grupo, e possui atributos comportamentais, sociais e morais próprios^(1,2).

A religião sempre esteve presente na vida humana. No entanto, seus participantes sofrem preconceitos, pois ainda é comum que as pessoas até sintam vergonha em dizer que pertencem a uma religião por temerem se tornar motivo de zombaria. Contudo, hoje o ser humano está cada vez mais voltado para a religiosidade e espiritualidade, tanto em momentos de sofrimento, quanto em momentos de agradecimentos por suas conquistas. Bem como quando na doença as pessoas buscam na sua religião um sentido e um alívio para o sofrimento. E, no caso do câncer, trata-se de uma doença que causa extremo sofrimento tanto no paciente, quanto nos seus familiares⁽³⁾.

Nesse sentido, a espiritualidade e a religiosidade têm sido concebidas como elementos importantes no cuidado aos pacientes com diagnóstico de câncer. Isso porque podem proporcionar sensação de bem-estar e suporte quanto à forma de se estruturar diante da experiência, subsidiando as formas de enfrentamento do sofrimento⁽⁴⁾.

As estratégias de enfrentamento usadas podem revelar alguns sentimentos dos pacientes e seus familiares vivenciados nessa situação e, quando identificados, esses sentimentos evidenciados podem ser úteis no processo de recuperação do paciente e do não adoecimento do familiar. Assim, o enfermeiro e a equipe multiprofissional podem contribuir para minimizar a depressão, a ansiedade e o estresse, sentimentos tão comuns nas vivências de adoecimento e tratamento oncológico. Os profissionais da saúde, com embasamento científico e individualizado, devem se preocupar com a inserção real da assistência espiritual na rotina de cuidados, permitindo que o conhecimento incremente a clínica. Esses profissionais devem almejar o bem-estar daqueles que nesse momento necessitam de cuidado, lembrando que, nesse contexto, a família é parte integrante e importante na recuperação do paciente^(5,6).

Também é necessário (re)pensar a assistência a partir de uma perspectiva ampliada, a fim de se incluir a espiritualidade, como elemento inerente ao tratamento. Reconhecer a fé e a dimensão espiritual no processo de recuperação e enfrentamento da doença formarão um novo paradigma social e cultural na assistência de enfermagem. Assim, constata-se um interesse crescente em estudar a espiritualidade e a religiosidade em di-

ferentes contextos do cuidado, pois é necessário compreender a vivência de pacientes que se encontram no limite entre a vida e a morte, com limites tênues entre as duas possibilidades⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo compreender a influência que a religiosidade e a espiritualidade têm no processo de enfrentamento e recuperação, na percepção dos pacientes oncológicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter qualitativo. O cenário da pesquisa foi uma instituição de atenção hospitalar localizada no município de Montes Claros – MG: Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho.

Este trabalho foi desenvolvido com indivíduos com neoplasia submetidos a alguma modalidade de tratamento para câncer. Os participantes da pesquisa eram usuários do serviço de tratamento de oncologia da referida instituição hospitalar. Foram selecionados segundos os critérios de inclusão: indivíduos com diagnóstico de câncer, em tratamento regular, que tivessem idade superior a dezoito anos.

Dessa forma, participaram deste estudo seis pacientes oncológicos, os quais se encontraram na faixa etária 45 a 75 anos. Todos estavam em alguma fase de tratamento do câncer, variando de seis meses a cinco anos, no momento da coleta de dados. Em relação aos diagnósticos, estes se referiam a cânceres de pele, mama, estômago, colo de útero e esôfago.

O número de participantes foi definido considerando o critério de amostragem por saturação, uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde. Esse critério é aplicado para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes⁽⁷⁾.

A coleta de dados foi realizada em abril de 2014, mediante um roteiro de entrevista individual semiestruturada. As entrevistas foram conduzidas nas dependências da instituição, com o uso de um gravador. Respeitaram-se as condições adequadas de comodidade e privacidade para garantir a espontaneidade por parte dos entrevistados e a qualidade na apreensão das informações.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra e numeradas e codificadas por Entrevistado 1 a Entrevistado 6 (E1 a E6). Após, foram organizadas e analisadas por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática, de acordo com o preconizado por Bardin⁽⁸⁾. Foram seguidas as etapas: pré-análise, exploração dos dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra e realizadas múltiplas leituras com a finalidade de exaustão das informações. Em seguida, realizou-se o mapeamento das falas, assinalando os principais pontos para facilitar a visualização do material como um todo. Na etapa posterior, foram identificadas as unidades de registro e realizados os recortes necessários. Por fim, buscou-se apre-

ender as informações contidas nos relatos para estabelecer as unidades categoriais do estudo⁽⁸⁾.

Almejou-se desvelar a percepção da pessoa com câncer frente à influência da religiosidade e espiritualidade em seu tratamento. As categorias originadas da análise foram descritas em um agrupamento de ideias entre as informações colhidas, compreendidas por meio da interpretação dos pesquisadores à luz da literatura.

A Análise Temática de Conteúdo revelou duas categorias temáticas: “Enfrentamento após o diagnóstico de câncer” e “Vivenciando a religiosidade e espiritualidade”.

O projeto de pesquisa que deu origem ao presente trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Parecer Consubstanciado nº. 435.899/2013.

RESULTADOS

1. Enfrentamento após o diagnóstico de câncer

Ao avaliar o impacto diante da suspeita e do diagnóstico do câncer, observou-se que as primeiras sensações relatadas foram de medo, receio e angústia. O sofrimento por ter câncer e a perspectiva de morte caminham de mãos dadas. A inevitável finitude e o sofrimento que o câncer frequentemente pode acarretar como consequência da doença, assim como a antecipação do final da vida, favorecem questionamentos pessoais e existenciais de significados e propósitos que se fazem presentes.

Antes do diagnóstico de ir ao médico eu fiquei com muito medo, eu demorei ir ao médico, fiquei mais de um mês quase dois meses sem ir ao médico sabendo que o problema já estava aparecendo e eu fiquei com medo de ser uma coisa ruim sabendo que era coisa ruim, mas eu não procurei o médico, deixei passar uns três meses para ir no médico. (E4)

Nossa eu fiquei triste demais... eu achei que eu ia morrer, nossa quando ele falou que eu estava com câncer foi a mesma coisa dele ter aberto um buraco no chão, aí eu fiquei muito mal. (E5)

Esses sentimentos de tristeza e angústia geralmente são decorrentes do significado do câncer, como uma doença estigmatizante, que traz o sofrimento, que é mantido no pensamento do paciente. E com isso o sentimento de medo perante a morte torna-se cada vez mais presente, em suas diversas fases, desde o diagnóstico até o tratamento. Esse tratamento pode proporcionar a cura ou a morte; de fato, não é possível ter controle ou previsão sobre isso. Esses sentimentos podem intensificar o sofrimento do paciente e até dificultar a possibilidade de seguirem adiante com seus projetos e ideais de vida, porém a tensão desses problemas poderá ser aliviada conforme as estratégias de enfrentamento, citadas em diversos estudos, como a força da fé e as crenças religiosas, ou seja, formas de expressar a espiritualidade encontrada por cada um ao lidar com a própria doença^(9,10).

O câncer, na sociedade contemporânea, embora com as inúmeras formas de tratamento, ainda é considerado uma doença incurável, que evidencia a proximidade da morte. Assim, os pacientes e os familiares, diante da desesperança e do sofrimento causado pela descoberta da doença, buscam na espiritualidade um sentido positivo ou negativo às experiências⁽¹¹⁾.

Os pacientes oncológicos passam por diferentes fases desde a descoberta até o tratamento do câncer: no primeiro momento, passam por um estado de choque, depois percebem que o que está acontecendo é real, e não sabem o que pensar, posteriormente, começam a planejar o futuro com esperança. Dessa forma, é necessário considerar a dimensão espiritual do paciente para abordar a esperança e o enfrentamento da doença no planejamento da assistência, e, para isso, é fundamental conhecer a visão de mundo e a cultura à qual ele pertence⁽¹²⁾.

O câncer traz em si uma carga pesada: observa-se no enunciado a seguir o valor dado pelos pacientes ao se referirem à esperança de possibilidade de cura frente ao diagnóstico recebido e a nova luta que estão vivenciando, baseados na força da religião e espiritualidade que possuem:

Fiquei preocupada, eu não dormia, mas eu tinha que pensar que quem cura é Deus, e vou ficar preocupada, vou ficar sem dormir, eu vou só abaixando então eu entrego para Deus e vou cuidar da minha casa. (E1)

Eu tenho muita fé em Deus, que vai me dar uma muita força. (E1)

Nessas situações de dor e sofrimento, muitos pacientes procuram significados e explicações que vão muito além das percepções do aqui e agora, da dimensão física de entender o que se passa. O envolvimento religioso e espiritual tem sido aliado de forma positiva ao enfrentamento do paciente à doença crônica, a medida, que possibilita menos sintomas depressivos, maior adesão ao tratamento, diminuição do estresse e maior qualidade de vida. É comum o uso das crenças religiosas por parte do paciente para suportar as doenças⁽¹⁾.

Uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da fé e a crenças religiosas, ou seja, formas de expressar a espiritualidade. Para pessoas idosas em condições crônicas de saúde, uma das formas de enfrentamento de situações adversas e favoráveis está no sentimento de fé em Deus. A fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura e é tão necessária quanto são outros modos de enfrentamento⁽¹³⁾. Os relatos a seguir revelam que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas.

Em Jesus. Porque Jesus é força, para enfrentar com a fé muitos dias de minha vida. (E2)

Em Deus, porque tenho a consciência que ele que cura. (E3)

Eu me apeguei mais a Deus, eu vi que o negócio não era fácil, mas com a fé que eu tenho em Deus eu não fiquei com muito medo não. (E6)

Ai eu tive fé sabe! Acreditei em Deus também, porque quando a gente fica desse jeito todo mundo fica preocupado. (E5)

Dessa forma, a espiritualidade é uma expressão da identidade e o propósito da vida de cada um mediante a própria história, experiências e aspirações. O alívio do sofrimento acontece na medida em que a fé religiosa permite transformações na perspectiva pela qual o paciente e a comunidade percebem a doença grave⁽¹⁴⁾. As pessoas utilizam a religião e a figura de Deus como estratégia para se confortarem e compreender o que vivenciam, fazendo dos dogmas religiosos, seja qual forem, direcionadores de sua conduta⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, a religião parece funcionar como um redutor da ansiedade diante da finitude, o que a torna um fato, de certa maneira, mais “aceitável”⁽¹⁶⁾. Dessa forma, existem aqueles que recorrem à espiritualidade para tentar se confortar da consternação gerada pelo convívio com a morte, como expressam os relatos:

Nossa meu Deus eu sou muito fã, ainda mais de Nossa Senhora Aparecida ... (E1)

Baseio plenamente em Deus porque ele é os médicos dos médicos, eu to aqui pela força dele, e isso que to passando é uma provação para fortalecer ainda mais, mais sei que ele ai me curar. (E3)

Baseio na fé, creio em Jesus em Nossa Senhora, eu vejo o programa Novena do Perpétuo Socorro, Novena do Pai Eterno, tudo rezando para isso, tomando água benta e pedindo a Nossa Senhora e a Jesus Cristo e ao Pai Eterno para me ajudar. (E4)

Reconhecer a espiritualidade e a religiosidade como estratégias de enfrentamento e identificar as lacunas espirituais do indivíduo fazem com que o profissional de saúde possa planejar e prover uma assistência integral ao paciente⁽¹⁷⁾. Evidencia-se a importância de os profissionais compreenderem os pacientes e o modo como lidam com a doença, suas crenças e valores, e entendam a influência dessas relações na qualidade de vida do indivíduo. Vale ressaltar que o paciente deve ser compreendido em sua totalidade e ter suas crenças respeitadas, o que pode contribuir para um melhor relacionamento entre a equipe e o paciente⁽¹⁸⁾.

As pessoas religiosas podem encontrar certo significado em situações ameaçadoras de vida e até em situações com resultados fatais prováveis. A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Os possíveis benefícios da espiritualidade sobre a saúde podem estar associados desde as reações fisiológicas mais simples - redução da tensão muscular, da frequência cardíaca e da pressão arterial - como para o controle da dor e do sofrimento, com diminuição das reações ao estresse, levando a um maior equilíbrio das respostas imunologicamente moduladas. Isso pode ser devido, em parte pelo fato de que as atitudes de fé e esperança implicam num acordo de controle

interno e, na sequência, um caminho ético que envolve a realização, cujo significado pode conduzir a uma melhoria de autoestima e um senso de conexão com si próprio e outros⁽¹⁹⁾.

Nessas situações de dor e sofrimento, muitos clientes procuram significados e explicações que vão muito além das percepções do aqui e agora, da dimensão terrena de entender o que se passa. O envolvimento religioso e espiritual tem sido afiliado de forma positiva ao enfrentamento do paciente á doença crônica, a medida, que possibilita menos sintomas depressivos, maior adesão ao tratamento, diminuição do estresse e maior qualidade de vida⁽¹⁾.

O fenômeno religioso cumpre papel de facilitador para às pessoas sobre a compreensão do inexplicável e a aceitação do que nunca fora imaginado, em caso de situações limites, como no caso do câncer. A doença leva o ser humano a deparar-se com seus valores e com questões como a existência e a proximidade da morte. De forma positiva, a religiosidade está associada a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretação positiva e suporte social instrumental e emocional. Assim, constitui-se como uma estratégia de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico do câncer, que produz um forte impacto na vida do indivíduo cujo tratamento é permeado de eventos estressores⁽¹⁸⁾.

A religião/espiritualidade constitui um importante apoio no enfrentamento da doença e na manutenção e recuperação da saúde, uma vez que a fé e a esperança podem ajudar a aliviar a dor e sofrimento causados pela presença da doença em seu cotidiano, além de representar esperança em relação à cura⁽²⁰⁾.

2. Vivenciando a religiosidade e a espiritualidade

A vivência da espiritualidade e da religiosidade após o diagnóstico se mostrou bastante positiva para os pacientes, uma vez que se sentiam mais confiantes em relação à vida, à família e ao tratamento.

Fiquei mais apegada, ai eu peguei e sentei e pensei bem a Deus que eu já tinha a cirurgia meu Deus tira esse sentido, eu não vou pensar o mal tira essa cisma para eu pensar só o bem, agora to pensando só o bem!!! (E1)

Toda quinta feira principalmente tem a missa lá da cura, mas só que eu não vou porque chego muito tarde, se eu chegasse mais cedo eu ia. Mas eu adoro participar e se eu não vou nela, vou aos domingos. (E5)

Embora o homem esteja vivendo numa época em que o desenvolvimento da tecnologia se evidencia em todas as áreas do conhecimento, num movimento contínuo e crescente resultante de igual progresso da ciência, ao contrário do que se poderia pensar, constata-se que as crenças e valores ligados à espiritualidade ou à religião se manifestam nos indivíduos em diferentes momentos de suas vidas. Fatos que podem ser atestados pelos conflitos fundamentalistas presentes em diferentes partes do mundo e, no contra fluxo, a constatação de que a espirituali-

dade (ou a religião) tem sido utilizada por aqueles que estão a enfrentar crises ou sérios problemas sociais e/ou de saúde e que encontram nela uma forma de resiliência para vencerem, ou melhor, enfrentarem essas dificuldades.

Rezei... rezo demais, toda hora que eu to rezando em casa quando to sentada eu penso "o meu Deus me cura, o meu Deus me ajuda", eu tenho muita fé em Deus. (E4)

Estudo realizado em Illinois, Estados Unidos da América, sobre atividade religiosa não institucionalizada, constatou que o culto religioso frequente estava associado com disposição de ânimo superior, com menos agitação, solidão e insatisfação com a vida. Associava-se também com uma capacidade maior para lidar com a tensão. Isto foi identificado tanto em mulheres, como em jovens e idosos, em pessoas doentes e em pessoas saudáveis, independentemente de afiliação religiosa⁽²¹⁾, corroborando os achados da presente pesquisa.

Demais, demais quando tem a missa eu não perco, ... se tiver uma pessoa doente e se tiver uma pessoa no hospital e não tiver com quem ficar eu vou. [...] isso me ajuda e eu me sinto bem que por tudo que eu sofri pra mim eu não tava desse jeito, eu tava mais fraca e mais magra e quanto mais que eu trabalho quanto mais que eu faço a bondade para os outros para mim eu me acho mais forte. Graças a Deus. (E1)

Eu pensava assim que eu ia chorar, não chorei eu passei a pedir as pessoas, meus amigos para rezar por mim a família, pessoas da igreja. Eu tenho um grupo de oração e pedi para rezar para mim. (E6)

Em outro estudo, emergiu a influência desses recursos no comportamento dos familiares, cuidadores de crianças com insuficiência renal crônica, gerando sentimentos de esperança ou de aceitação frente às dificuldades ao lidarem com a doença crônica. Ademais, os familiares mudaram a forma de perceber a vida e procuraram valorizar o presente. Assim, caso a aplicação dessas fontes de apoio permaneçam saudáveis, o enfermeiro poderá fortalecer esse mecanismo de enfrentamento⁽²²⁾.

A participação como membro de religiões está fortemente associada a um comportamento saudável. Quase todas as religiões ditam comportamentos com relação à saúde, à doença e à morte. Para as pessoas que seguem uma religião, muitas das doutrinas ou ensinamentos de sua fé oferecem orientação moral e prática com relação a como promover, conservar ou recuperar a saúde ou o bem-estar físico e emocional. Embora nem todas as pessoas com afiliação religiosa sigam todas as diretrizes relacionadas com a saúde propostas pela sua crença, não há dúvida de que se pode esperar que, na média, as pessoas que relatam uma identidade religiosa têm mais probabilidade de seguir as regras da sua religião do que as pessoas que relatam não ter nenhuma afiliação religiosa. Além das regras presentes nos ensinamentos religiosos, a consideração do corpo humano como sagrado, frequentemente presente nas mesmas, leva o crente a valorizar os cuidados de saúde⁽²³⁾.

Ao compreender a espiritualidade como uma dimensão da vida do ser humano, e que faz parte do processo de cuidar, o enfermeiro poderá, com uma abordagem adequada, diagnosticar, intervir e avaliar o cuidado espiritual, no sentido de prover o melhor conforto possível respeitando as necessidades individuais do paciente enquanto ser humano⁽²⁴⁾.

Por afetar as respostas humanas em relação às doenças, a espiritualidade tem relevância na prestação de cuidados aos pacientes e seus familiares. Para realizar esses cuidados, o autoconhecimento, uma das expressões da espiritualidade, proporciona ao cuidador que se coloque no lugar do cliente/familiar e busque recursos dentro de si para cuidar do outro. A espiritualidade possui uma ligação intrínseca com os atos do cuidador, estando presente na coerência entre as ações, pensamentos e compaixão pelo ser que se cuida⁽²⁴⁻²⁶⁾.

A espiritualidade tem sido concebida como elemento importante no cuidado a pacientes com diagnóstico de câncer, pois pode proporcionar sensação de bem-estar e suporte quanto à forma de se estruturar diante da experiência, ajudando-o a enfrentar o sofrimento⁽⁴⁾.

Acredita-se que a espiritualidade, ou o cuidado espiritual, carece de abordagens pela equipe de enfermagem, devido ao foco biomédico/curativo que ainda orienta a prática profissional e pelo fato da dimensão espiritual não ser abordada na formação profissional enquanto constructo do cuidado de enfermagem. Os significados da espiritualidade, as formas de desconforto espiritual manifestas pelo paciente e/ou família e a maneira de satisfazer suas necessidades, parecem ser desconhecidas pelo enfermeiro, responsável pelo processo de cuidar destes indivíduos. Assim, acredita-se ser fundamental num contexto de cuidado paliativo, que o enfermeiro conheça esses aspectos da dimensão espiritual, como quais significados ele atribui à espiritualidade e que papel lhe é atribuído neste cuidado^(25,26).

As crenças religiosas estão relacionadas com melhor saúde, tanto física como mental e qualidade de vida, assinalando que pessoas religiosas têm menos depressão. Além disso, ter religião ou pertencer a um grupo religioso melhora o suporte social e a saúde física, diminuindo gastos com enfermidades. Estar apoiado na fé em Deus e no suporte da comunidade religiosa, leva o indivíduo a experimentar maior bem-estar, senso de pertencer, ter dignidade e paz, além da certeza de que será acompanhado até o fim de seus dias. E o fato de que saber que sua família continuará recebendo suporte espiritual ajuda o enfermo a ter paz e seus familiares encontrarem conforto e força para lidar com a situação adversa^(27,28).

A espiritualidade faz parte da natureza humana, deve ser desvelada pela vivência e descobertas individuais, sendo que é aquilo que cada indivíduo acredita ser para si, podendo aparecer nas formas de, entre outras, propósito de vida, conexão com uma força/um algo maior, autoconhecimento. A religião é uma das possíveis formas de expressão da espiritualidade, não sendo, portanto, a única, já que em diferentes indivíduos

existem diferentes compreensões e formas de entendê-la e expressá-la⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer e todo o processo de tratamento têm considerável impacto no funcionamento físico, na saúde mental e no bem-estar do paciente. Nas situações de dor e sofrimento, muitas pessoas procuram significados e explicações que vão muito além das percepções da dimensão física de entender a vida. Sendo assim, este estudo permitiu compreender os significados de espiritualidade e religiosidade no enfrentamento do câncer, a visão do paciente frente a uma temática tão subjetiva e complexa.

Os pacientes demonstraram um posicionamento positivo quanto ao potencial da espiritualidade e religiosidade enquanto fatores que influenciam o enfrentamento do câncer. Revelou-se a força que essas dimensões fornecem ao ser humano,

como efetivo suporte ao indivíduo portador de câncer. Assim, contribuem para que o paciente vivencie de forma equilibrada as limitações e os desafios que se apresentam.

Os resultados indicam ainda a importância do reconhecimento da espiritualidade e da religiosidade como estratégias de enfrentamento, pelo enfermeiro e pela equipe multiprofissional. Isso porque os profissionais podem planejar e fornecer um cuidado humanizado, pautado na integralidade, que extrapole os aspectos físicos e amplie a assistência para os aspectos psicossociais e emocionais.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), pela bolsa de Iniciação Científica – Programa Institucional de Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS

1. Costa DS. Espiritualidade: Um recurso importante na terapêutica do paciente oncológico [Internet]. 2010 [acesso 22 ago 2016]. Disponível em: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/725/1/Espiritualidade++um+recurso+importante+na+terapeutica+do+paciente+oncológico.pdf>
2. Campbell ML. Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem. Porto Alegre: AMGH; 2011.
3. Geronasso MCH, Coelho D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Saúde Meio Ambient.* 2012;1(1):173-187.
4. Vivat B. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliative Medicine.* 2009;22(7):859-68.
5. Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJ. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):71-8.
6. Miranda SL, Lanna MAL, Felipe WC. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. *Psicol Cienc Prof.* 2015; 35(3):870-85.
7. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(2):389-94.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Borges ADVS, Silva EF, Toniollo PB, Mazer SM, Valle ERM, Santos MA. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicol Estud.* 2006;11:361-9.
10. Carvalho MDB, Valle ERM. Vivência da morte com o aluno na prática educativa. *Ciência, Cuidado Saúde.* 2006;5:26-32.
11. Koenig HG. Religion and medicine III: developing a theoretical model. *Int J Psychiatry Med.* 2001;31(2):199-216.
12. Pinto MH. O significado do sofrimento do paciente oncológico: narrativas dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
13. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005;13(1):38-45.
14. Aquino VV, Zago MMF. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev Latino-americana Enfermagem.* 2007;15(1):42-7.
15. Zorzo JCC. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. 2004. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
16. Silva ALL, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. *Estudos Psicologia.* 2003;20(1):15-25.
17. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):53-9.
18. Fornazari AS, Ferreira RR. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic Teor e Pesq.* 2010;26(2):265-72.
19. Filho VPD, Sá FC. Ensino médico e espiritualidade. *Mundo Saúde.* 2007;31(2):273-80.
20. Correa DAM. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades no grupo de oração da RCC em Maringá, PR. *Cienc Cuid Saúde.* 2006;5:134-41.
21. King M, Speck P, Thomas A. The effect of spiritual beliefs on outcome from illness. *Social Science & Medicine.* v.48, n. 9, p. 1291-1299, 1999.
22. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):100-6.
23. Vasconcelos EM. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde.* 2010;4(3):12-8..
24. Sá AC. Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *Mundo Saúde.* 2009;33(2):205-17.
25. Borba PF. A influência da espiritualidade na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. In: Silveira DT, Brondani SCP, Martinato LHM. (org.). Coletânea de trabalhos de conclusão do curso de enfermagem: primeiro semestre de 2009. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
26. Bailey ME, Moran S, Graham MM. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal Palliative Nursing.* 2009;15(1):42-8.
27. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:242-50.
28. Taylor E. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum.* 2006;33(4):729-35.

Recebido em: 05.10.2016

Approved em: 10.10.2016

OBJETOS DE APRENDIZAGEM UTILIZADOS NO ENSINO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

LEARNING OBJECTS USED IN NURSING STUDENTS TRAINING: INTEGRATION REVIEW

Artigo de Revisão

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho¹
Karla Corrêa Lima Miranda²

RESUMO

Objetivou-se investigar os objetos de aprendizagem utilizados no ensino de acadêmicos de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no SciELO, LILACS e PubMed, com a seleção de 22 artigos. Houve uma predominância de estudos exploratórios descritivos (63,63%). Diversas mídias/ferramentas foram utilizadas para apresentação dos objetos de aprendizagem: aula e simulações em ambiente virtual de aprendizagem, uso de *blogs*, *chats*, *Wikis* e *softwares* educativos. Entre os conteúdos abordados, 54,54% relacionaram-se a procedimentos técnicos, como realização de exame físico, cateterismo vesical, verificação de sinais vitais e parada cardiorrespiratória. Embora as pesquisas apontem melhorias no conhecimento dos acadêmicos, bem como estímulo à problematização e autonomia entre outros benefícios, ainda existe a necessidade de mais estudos que proponham objetos de aprendizagem em diversos conteúdos para a formação de enfermeiros e o desenvolvimento de ensaios clínicos que produzam melhores níveis de evidência sobre a utilização dessas ferramentas no ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem.

Palavras-chave: Tecnologia Educacional; Ensino; Educação Superior; Enfermagem

ABSTRACT

The objective was to investigate the learning objects used in teaching nursing students. It is an integrative review, carried out in SciELO, LILACS and PubMed, with the selection of 22 articles. There was a predominance of descriptive exploratory studies (63.63%). Several media/tools were used to present learning objects: lectures and simulations in a virtual learning environment, use of blogs, chats, Wikis and educational software. Among the contents discussed, 54.54% were related to technical procedures, such as physical examination, bladder catheterization, vital signs check and cardiorespiratory arrest. Although research points to improvements in the knowledge of academics, as well as stimulation of problematization and autonomy among other benefits, there is still a need for more studies that propose learning objects in diverse contents for the training of nurses and the development of clinical trials that produce better levels of evidence on the use of these tools in teaching-learning nursing students.

Keywords: Educational Technology; Teaching; Education, Higher; Nursing.

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente, Curso de graduação em Enfermagem, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: manumfc2003@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Docente da Faculdade Metropolitana de Fortaleza.

INTRODUÇÃO

O processo de formação, no contexto da Enfermagem, tem sido amplamente discutido. Questões como referenciais teóricos que sustentem o educar, o envolvimento e a colaboração do docente, as competências e a autonomia esperadas dos discentes, bem como uma diversidade de ferramentas pedagógicas possíveis para o ensino tem sido o foco de discussões acadêmicas e produtos de pesquisa^(1,2).

O *NMC Horizon Project*, empreendimento de pesquisa global, fundado há 14 anos a partir da parceria entre o *New Media Consortium* (NMC) e a *EDUCAUSE Learning Initiative* (ELI), identifica e apresenta tecnologias emergentes de possibilidade de impacto na educação mundial a cada quinquênio. O último relatório aponta pelo menos seis ferramentas tecnológicas como abordagens efetivas que garantirão a evolução de práticas pedagógicas tradicionais fortemente criticadas e pautadas no modelo unidirecional de ensino: cursos *on-line*, uso de tablets, de jogos, tecnologia trajável, análise de aprendizagem e impressão em 3D⁽³⁾.

A utilização de dispositivos tecnológicos como característica da contemporaneidade torna emergente a possibilidade de processos de ensino-aprendizagem na enfermagem mediada pelas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). O desenvolvimento de competências tecnológicas e a fluência digital tornam-se, portanto, habilidades a ser adquiridas por professores e alunos⁽⁴⁻⁵⁾.

Recursos pedagógicos virtuais têm sido apontados como propulsores para novas abordagens de ensino, tendo em vista as diversas possibilidades midiáticas subsidiadas pelo uso do computador que podem integrar o ensino-aprendizagem. Tais recursos podem ser criados ou adaptados aos diversos estilos de aprendizagem, considerando os objetivos preteridos, bem como características dos usuários e suas condições de acessibilidade⁽⁶⁾.

Os conteúdos pedagógicos digitais são conhecidos como Objetos de Aprendizagem (OA) e definidos como “ferramentas reutilizáveis que auxiliam o ensino e a aprendizagem, disponibilizados em repositórios na rede Internet”^(7:275). Tais ferramentas vêm sendo exploradas e aplicadas em diversos espaços de ensino, inclusive na área da saúde.

No Brasil, desde a década de 1980, iniciou-se a aproximação do curso de graduação em Enfermagem às TIC no contexto formativo. Concebe-se, entretanto, que a utilização desses novos recursos carece de adaptação estrutural das universidades (acesso à internet, aos laboratório de informática), bem como renovação metodológica e pedagógica para o uso de OA⁽⁸⁾.

Considera-se que os OA possam ser utilizados no processo ensino-aprendizagem do acadêmico de enferma-

gem, auxiliando na qualificação do aprendente, estimulando a confiança deste para o exercício da profissão⁽⁹⁾. Assim, este estudo objetivou investigar as publicações científicas que apresentam objetos de aprendizagem utilizados no ensino de acadêmicos de enfermagem.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura, produzida em seis momentos: definição da questão norteadora; delineamento dos critérios de inclusão dos estudos primários; apuração da amostra realizada por pares; análise dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão⁽¹⁰⁾.

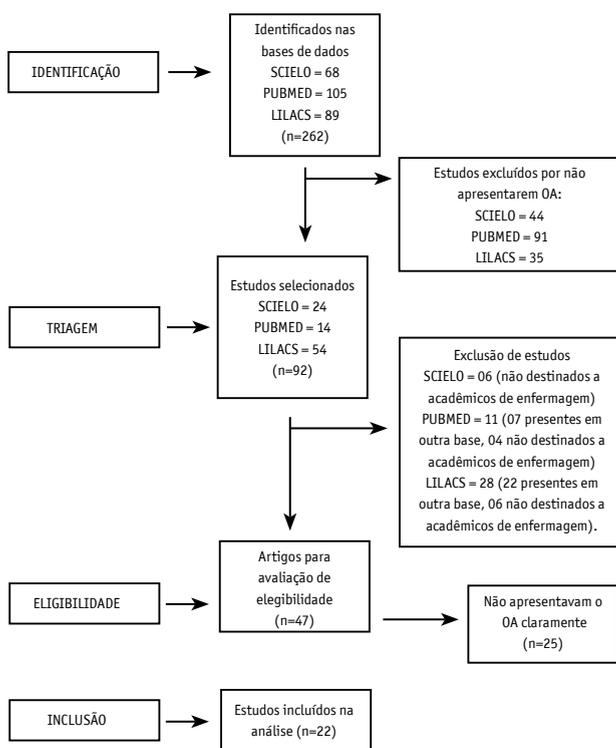
A questão norteadora do estudo foi: quais os objetos de aprendizagem utilizados no processo ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem? Tal questão foi elaborada por meio do método PICO (P-população: acadêmicos de enfermagem; I-intervenção/interesse/variável independente: objeto de aprendizagem; C-comparação/variável dependente: processo ensino-aprendizagem; O-resultado: conhecimento promovido)⁽¹¹⁾.

A busca pelos artigos ocorreu na biblioteca eletrônica SciELO e nas bases de dados LILACS e PubMed. Utilizaram-se os descritores controlados educational technology e nursing, com o operador booleano and para sistematizar a busca dos artigos. Reconhecendo as inconsistências e limitações por vezes produzidas pela busca apenas com terminologia controlada, e considerando que toda literatura relevante sobre o problema em estudo deve ser incluída na revisão⁽¹⁰⁾, optou-se em realizar uma busca com o entrecruzamento do termo learning object (terminologia relativamente recente e ainda não está incorporada ao DeCS), com o operador booleano and e o descritor nursing. A busca pelos artigos ocorreu nos dias 25 e 26 de janeiro de 2015.

Os critérios de inclusão foram: estudos com objetos de aprendizagem utilizados no processo de formação do acadêmico de enfermagem, disponíveis gratuitamente na forma completa, sem especificação de idioma. Excluíram-se os artigos de revisão. Assinalou-se o filtro de recorte temporal de 2010 a 2104. Utilizou-se o instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹²⁾ para apresentar a seleção dos estudos (Figura 1).

Cada estudo foi caracterizado por um código alfanumérico, de acordo com a ordem de análise. Realizou-se a apreciação dos 22 artigos apresentando os achados em duas matrizes de apresentação⁽¹⁰⁾: uma matriz contém a caracterização dos estudos (periódico publicado, tipo de estudo, ano de publicação, local do estudo), e outra apresenta o tipo de mídia utilizada nos OA, respectivos conteúdos e principais contribuições para aprendizagem apresentadas nos estudos.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos – Fortaleza, CE, Brasil, 2015. Fonte: autoras.



RESULTADOS

Sobre a caracterização científica dos artigos, observou-se diversidade na distribuição dos tipos de estudos e periódicos, apontando as regiões Sudeste (59,09%) e Sul (36,36%) do Brasil como áreas de maior produção sobre a temática estudada (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização da produção científica sobre Objetos de Aprendizagem para o ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem. Fortaleza/CE, 2015.

PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	LOCAL
Revista Esc Enferm USP	Metodológico	São Paulo - BR
Revista Brasileira de Enfermagem	Relato Experiência	São Paulo - BR
Rev Gaúcha de Enfermagem	Metodológico	Ceará - BR
Rev Gaúcha de Enfermagem	Documental	Rio Grande do Sul - BR
Acta Paulista	Exploratório	Minas Gerais - BR
Acta Paulista	Descritivo	São Paulo - BR
Acta Paulista	Exploratório	Rio Grande do Sul - BR

PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	LOCAL
Cogitare Enfermagem	Exploratório	Paraná - BR
Rev Latino-Am Enfermagem	Validação	São Paulo - BR
Revista Esc Enferm USP	Descritivo	São Paulo - BR
Revista Esc Enferm USP	Descritivo	São Paulo - BR
Revista Esc Enferm USP	Documental	Rio Grande do Sul - BR
Revista Esc Enferm USP	Descritivo	São Paulo - BR
Revista Esc Enferm USP	Descritivo	São Paulo - BR
Rev Latino-Am Enfermagem	Exploratório	São Paulo - BR
Rev Latino-Am Enfermagem	Exploratório	Rio Grande do Sul - BR
Rev Gaúcha Enf	Exploratório	Rio Grande do Sul - BR
Rev Dor	Estudo de Caso	Minas Gerais - BR
Revista Brasileira de Enfermagem	Descritivo	Santa Catarina - BR
Rev Latino-Am Enfermagem	Exploratório	São Paulo - BR
Rev Latino-Am Enfermagem	Descritivo	São Paulo - BR
Rev Latino-Am Enfermagem	Quase Experimental	Santa Catarina - BR

Os estudos descritivos e exploratórios totalizaram mais da metade dos estudos (63,63%), seguidos por estudos metodológico e documental (9,09% cada), estudos de caso, relato de experiência, quase experimental e validação apareceram apenas uma vez.

Quadro 2. Mídias/ ferramenta de apresentação do objeto de aprendizagem, conteúdos abordados e contribuições para aprendizagem apresentadas nos artigos. Fortaleza/CE, 2015.

	APRESENTAÇÃO DO OBJETO DE APRENDIZAGEM E CONTEÚDO	CONTRIBUIÇÕES PARA APRENDIZAGEM
01	Software Educativo Diagnósticos de Enfermagem ⁽¹³⁾	Avaliação da acurácia diagnóstica do aluno, favorecendo o aprendizado sobre DE ⁽¹³⁾ .
02	Aula em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) Ações educativas ⁽¹⁴⁾	Participação ativa do discente, despertando habilidade reflexiva e problematizadora ⁽¹⁴⁾ .
03	Aula em AVA Punção Venosa Periférica ⁽¹⁵⁾	O AVA proporcionou ao aluno nova forma de aprendizagem ⁽¹⁵⁾ .
04	<i>Blog</i> Sexualidade ⁽¹⁶⁾	O <i>blog</i> favoreceu a argumentação e opinião dos estudantes sobre a temática ⁽¹⁶⁾ .
05	Aula em AVA Diagnósticos de Enfermagem ⁽¹⁷⁾	Aula em AVA foi avaliada positivamente enquanto ferramenta de ensino para acadêmicos ⁽¹⁷⁾ .
06	Aula em AVA - Fisiologia Endócrina ⁽¹⁸⁾	O AVA mostrou-se uma ferramenta eficaz para apoiar o ensino de fisiologia endócrina ⁽¹⁸⁾ .
07	Software Educativo Sinais Vitais (SSV) ⁽¹⁹⁾	Otimizou o tempo de estudo, despertando autonomia na aprendizagem ⁽¹⁹⁾ .
08	Aula em AVA Diagnósticos de Enfermagem ⁽²⁰⁾	Tecnologias computacionais não devem criar dependência no aluno, devendo o mesmo ser exposto a outros recursos pedagógicos ⁽²⁰⁾ .
09	Simulações Semiologia e Semiotécnica ⁽²¹⁾	O produto foi considerado adequado para o ensino de enfermagem neonatal ⁽²¹⁾ .
10	Software Educativo Construção de mapas conceituais Antônio Reginaldo Parente ⁽²²⁾	Enriquecimento ao processo de construção de mapas conceituais, facilitando o processo e poupando tempo ⁽²²⁾ .
11	Simulações em AVA - Verificação de Pressão Arterial ⁽²³⁾	Contribuição significativa para a divulgação da técnica de mensuração da Pressão Arterial ⁽²³⁾ .
12	<i>Chat</i> - Anamnese e Exame Físico ⁽²⁴⁾	Recomenda-se o uso do chat educacional para o ensino de enfermagem ⁽²⁴⁾ .
13	Software Educativo - Cateterismo Urinário de Demora ⁽²⁵⁾	Elevou-se o índice de acertos da realização da técnica, comprovando que o software pode ser aplicado no ensino de enfermagem ⁽²⁴⁾ .
14	Aula em AVA - Parada Cardiorrespiratória em Recém-nascidos ⁽²⁶⁾	Os módulos no AVA demonstraram ser eficientes como estratégia para agregar novas experiências e valores na prática de enfermagem ⁽²⁶⁾ .
15	<i>WebQuest</i> em AVA - Gerenciamento de Recursos Materiais ⁽²⁷⁾	Importância de práticas educativas inovadoras centradas na avaliação e autoavaliação dos acadêmicos ⁽²⁷⁾ .
16	Aula em AVA Consulta de Enfermagem ⁽²⁸⁾	Considerou-se positivo para aprendizagem a aplicação de materiais virtuais junto a alunos ⁽²⁸⁾ .
17	Aula em AVA Sinais Vitais ⁽²⁹⁾	A atividade foi considerada positiva, apontou-se a falta da presença física do professor ⁽²⁹⁾ .
18	Aula em AVA Avaliação da dor neonatal ⁽³⁰⁾	Ampliação do conhecimento e de habilidades de estudantes ⁽³⁰⁾ .
19	Wiki Cuidados de Enfermagem em Ventilação mecânica em UTI ⁽³¹⁾	A ferramenta Wiki propiciou mudanças no que tange ao processo de ensino-aprendizagem dos alunos ⁽³¹⁾ .
20	Aula em AVA Administração de Medicamento Intramuscular ⁽³²⁾	O uso do OA poderá impactar positivamente no ensino da enfermagem, estimulando o conhecimento e a autonomia dos alunos ⁽³²⁾ .
21	Simulação em AVA Diagnóstico de Enfermagem ⁽³³⁾	O uso de tecnologias da informação melhorou a qualidade educacional ⁽³³⁾ .
22	Simulações em AVA Avaliação da dor aguda ⁽³⁴⁾	Trouxe resultados positivos para a aprendizagem da avaliação da dor ⁽³⁴⁾ .

Quanto aos periódicos, observou-se que 77,27% dos artigos foram publicados em periódicos classificados pelo Qualis/Capes como A1 e A2, na área da Enfermagem (Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista de Enfermagem da USP, Revista Brasileira de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem).

Sobre a caracterização científica dos artigos, observou-se diversidade na distribuição dos tipos de estudos e periódicos, apontando as regiões Sudeste (59,09%) e Sul (36,36%) do Brasil como áreas de maior produção sobre a temática estudada.

O Quadro 2 apresenta o tipo de mídia/ ferramenta utilizada na apresentação dos OA, bem como os conteúdos abordados no processo de ensino-aprendizagem junto a acadêmicos de enfermagem e as principais contribuições para aprendizagem apresentadas pelos estudos.

O uso de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) foi a mídia mais utilizada para apresentação e aplicação dos objetos de aprendizagem, como aulas, módulos teóricos de aprendizagem e simulações. Softwares, programas de simulação e recursos disponíveis na rede também sinalizam a diversidade de recursos tecnológicos que podem ser agregados no processo de ensino-aprendizagem.

Entre os conteúdos trabalhados nos diversos ao, 54,54% foram referentes a procedimentos técnicos, como realização de exame físico, cateterismos vesicais, verificação de sinais vitais e parada cardiorrespiratória. Entretanto, outros conteúdos que compõem a formação do acadêmico foram abordados: diagnósticos de enfermagem, realização de consulta de enfermagem, prática de educação em saúde, gerenciamento de recursos, fisiologia e produção de mapas conceituais.

DISCUSSÃO

A maior parte dos artigos foi publicada em periódicos de Qualis A. Os estratos que qualificam os periódicos são sete, a partir de pontos que se baseiam nos índices de impacto dos mesmos. Essa estratificação passa por uma atualização anual, realizada pela comissão do Qualis Periódicos. Os estratos superiores são, portanto, aqueles indicados por A1, A2 e B1. Os estratos intermediários são os de B2 a B5 e o estrato C indica relevância mínima de qualidade do periódico⁽³⁵⁾.

Em relação ao tipo de estudos realizados, considera-se maior o potencial de evidência dos achados produzidos por estudos experimentais e quase experimentais, por possuir métodos mais rigorosos de pesquisa, bem como maior controle das variáveis estudadas⁽¹¹⁾ do que observacionais e descritivos, estudos estes predominantes nesta amostra. Ao refletir sobre o alcance das pesquisas realizadas, questões têm sido elencadas a respeito da ciência produzida no campo da saúde e da enfermagem, e a perspectiva que o conhecimento produzido possa transformar a prática e aproximar-se do real ou esteja em um ritmo de produtividade apenas quantitativa⁽³⁶⁾.

O predomínio de estudos publicados sobre OA nas regiões Sudeste e Sul, corrobora com outras áreas de estudo da en-

fermagem que predominam nas pesquisas nessas regiões^(37,38), reforçando, assim, o diminuto quantitativo de estudos disponíveis sobre OA para formação do acadêmico de enfermagem em outras áreas no Brasil e internacionalmente.

Considera-se ambiente de aprendizagem como o *setting* que cerceia os seres envolvidos no aprender e reinventar. Assim, o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) constitui sistemas computacionais que funcionam como sala de aula *on-line*, espaço composto por interface e recursos que fomentam a interação e aprendizagem virtualmente⁽³⁹⁾.

Os recursos referenciados nos estudos foram aulas, *WebQuest* e simulações. Nas aulas disponibilizadas nos AVA, diversas ferramentas para desenvolvimento dos conteúdos, síntese e avaliações foram utilizadas, como fóruns, vídeos, animações e exercícios virtuais.

As aulas ministradas por meio de AVA devem preferencialmente ser produzidas com organização e sustentação teórica. Dois dos artigos que compõem esta amostra evidenciaram que as aulas apresentadas foram norteadas por referenciais metodológicos^(16,34) e um apresenta referencial teórico pedagógico pautado na Pedagogia Crítica para fundamentação teórica da aula apresentada no AVA⁽¹⁴⁾. Ademais, os outros estudos descreveram o processo de implementação e a avaliação dos OA.

Ao considerar a aula virtual enquanto ferramenta pedagógica da contemporaneidade, esta deve ser produzida e ancorada em referenciais teóricos e metodológicos sustentáveis, e ser condizentes com a perspectiva educacional desejada, permitindo, assim, a produção de um recurso claro, objetivo e relevante para o processo formativo em enfermagem^(30,34).

A *WebQuest* é uma estratégia de ensino-aprendizagem cujo professor produz uma situação sobre uma determinada questão que necessita de resolução e lança para os discentes no AVA. Essa ferramenta estimula a motivação e assunção de papéis dentro do grupo, bem como raciocínio e desenvolvimento do pensamento para a resolução do problema no ambiente virtual⁽⁴⁰⁾. A *WebQuest*, enquanto recurso centrado na resolução de problemas reais do processo de trabalho da enfermagem, configura-se enquanto recurso inovador e potencializador no desenvolvimento de competências e habilidades de estudantes de enfermagem⁽²⁹⁾.

Simulações foram utilizadas em AVA, bem como em um programa educativo próprio. As simulações são estratégias positivas e propiciam aos alunos realizar práticas necessárias em protótipos e ambientes protegidos sem colocar em risco pacientes, aprimorando, assim, habilidades clínicas⁽⁴¹⁾. Considera-se a simulação uma ferramenta importante no ensino de enfermagem, contudo para a utilização desta, deve-se ter organização institucional para tal intento, um modelo de fundamentação teórica estruturado e estabelecer o perfil a quem se dirige a simulação, bem como manter um processo avaliativo contínuo⁽⁴²⁾.

Os *softwares* são dispositivos tecnológicos que têm sido adaptados às diversas possibilidades de uso, principalmente na enfermagem, podendo concentrar informações em uma mesma distribuição espacial^(13,24). Sabe-se que a construção de *softwares*, ainda, é um desafio para enfermagem, levando a uma busca de multiprofissionais para sua construção, e uma permanente avaliação e *feedback* de usuários para melhorias dos produtos educativos⁽²⁷⁾. Os quatro estudos que apresentaram *softwares* apontaram que esta é uma ferramenta que deve ser utilizada no ensino da enfermagem, pois fortalece o aprendizado de alunos em conteúdos diversificados.

Os *blogs* são páginas disponíveis na web que podem ter uma organização diversa, com disposição de textos e *links* para conhecimento e/ou discussão sobre determinado assunto, que permite acréscimos e comentários em suas publicações⁽⁴³⁾. É uma das ferramentas, possivelmente, mais conhecidas da *Web* e que possuem ampla aplicação, inclusive no processo formativo.

A interatividade estabelecida mediante este recurso é uma das qualidades deste gênero, seja tal interatividade assinalada pela relação homem-máquina ou homem-homem que se estabelece na rede⁽⁴⁴⁾. Os *blogs* enquanto recurso pedagógico que trabalha com informação especializada, disponibilizada pelo docente, têm sido bastante utilizados no processo de ensino-aprendizagem em diversas áreas, apresentando avaliações positivas no aprendizado dos discentes^(17,45).

Outra mídia semelhante ao *blog*, também explorada na formação acadêmica do enfermeiro, foi o *Wikis*, *softwares* gerenciadores de conteúdos, em que os usuários podem atuar enquanto leitor, autor e editor, estimulando participação dos usuários de forma colaborativa⁽⁴⁶⁾. O uso do *Wikis* contribui no processo educar-cuidar, em uma perspectiva de construção coletiva de conhecimento da Enfermagem, estimulando os alunos a gerirem o próprio processo de aprendizagem, bem como fomentar a interação e colaboração entre si⁽³³⁾.

O *chat* é uma ferramenta síncrona da educação à distância, favorável ao diálogo e à desinibição de estudantes. Entretanto, na utilização de tal ferramenta, algumas questões devem ser observadas para maximizar a utilização de chats educacionais no ensino da enfermagem, dinâmica da discussão, tempo, obrigatoriedade de participação e toda organização da atividade, devendo estar previamente definido e claro junto aos participantes; as sessões não devem ser muito longas; devem ser acompanhadas por um mediador, este deve apresentar questões pré definidas, como fio condutores para a discussão, cabendo, também, ao mediador realizar avaliação sobre a atividade para organização dos próximos chats. O chat, assim como as outras mídias/ferramentas, também foi reconhecido como instrumento potente ao intercâmbio de ideias e desenvolvimento do conhecimento e habilidades de estudantes⁽²⁶⁾.

Em relação às colaborações que tais OA trouxeram para aprendizagem, a principal contribuição que deve ser elencada a partir das inferências realizadas pelos estudos é a melhoria

no desenvolvimento e participação do aluno no processo de aprendizagem. Observou-se que os OA utilizados propiciaram participação ativa, estimularam reflexão e problematização, fomentaram argumentação e autonomia, bem como facilitaram a comunicação entre os alunos e desenvolvimento de competências e habilidades.

Apontou-se melhoria na percepção do aluno da experiência vivida pelo paciente, facilidade de acesso aos conteúdos, melhor aprendizagem das técnicas propostas, estímulo à utilização de evidências científicas, contribuição para divulgação das técnicas de forma adequada e otimização do tempo de estudo.

Tais achados são positivos, tendo em vista discussão mantida na atualidade sobre a necessidade de produção de novos espaços e estratégias para o exercício de uma formação problematizadora e crítica na enfermagem, impactando assim a formação de enfermeiros⁽⁴⁷⁾. Muito embora ainda seja evidenciada certa resistência às mudanças no processo de formação do enfermeiro, as apostas concentram-se no estímulo à percepção reflexiva/participativa dos acadêmicos, sugerindo que inovações críticas e participativas no processo formativo possam trazer avanços importantes para a Enfermagem⁽⁴⁸⁾.

Em relação aos conteúdos abordados, houve predominância de abordagem de conteúdos técnicos. As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem direcionam o perfil do egresso, bem como as competências e habilidades que devem ser adquiridas durante a formação. Entre diversas orientações, as diretrizes apontam a necessidade de abordagem de conteúdos essenciais que devem ser contemplados nas seguintes áreas temáticas: bases biológicas e sociais da enfermagem; fundamentos de enfermagem; assistência, administração e ensino da Enfermagem⁽⁴⁹⁾.

Observa-se que, para além de questões técnicas, existem conteúdos que devem ser explorados para uma formação que se aproxime da complexidade do cuidar no processo saúde-doença dos indivíduos. Compreende-se a necessidade de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades no tocante às técnicas, entretanto, acenam-se para a necessidade de utilizar os OA para a discussão/reflexão de outros conteúdos, tendo em vista os resultados positivos percebidos na utilização dessas ferramentas no aprendizado, na autonomia e criticidade dos alunos.

A despeito de tantas críticas favoráveis e indicações ao uso de OA, citou-se a necessidade de o aluno ter aproximação com outros recursos pedagógicos, evitando a dependência das tecnologias de informação, bem como da falta da presença física do professor durante o uso de tais recursos educativos.

É cediço que a presença do docente e suas experiências profissionais fortalecem o ensino, muitas vezes, favorecendo os alunos em raciocínios clínicos para futuras experiências semelhantes em sua prática⁽⁵⁰⁾. Ademais, o professor deve atuar como incentivador e motivador para os alunos, e conduzir o aprendizado de forma contextualizada, potencializando o estudante enquanto sujeito ativo, atrelando ao saber e o fazer de

forma reflexiva, formando profissionais crítico e reflexivos para atuação no Sistema Único de Saúde⁽⁵¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

AO estudo identificou diversos objetos de aprendizagem utilizados no ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem. Estes foram publicados em sua maioria em periódicos de Qualis A1 e A2, na área da enfermagem. Houve predomínio de OA direcionados para abordagem de conteúdos técnicos procedimentais.

Como limitações da pesquisa, aponta-se que alguns artigos não apresentam de forma mais pormenorizada a produção,

aplicação e avaliação dos ao, dificultando a indicação generalizada e o uso consciencioso dos ao, pautado em evidências científicas.

Embora as pesquisas apontem melhorias no conhecimento dos acadêmicos, bem como estímulo à problematização e autonomia entre outros benefícios, ainda existem algumas questões a serem pensadas, como a necessidade de mais estudos que proponham OA em diversos conteúdos para formação do enfermeiro e desenvolvimento de ensaios clínicos que produzam melhores níveis de evidência sobre a utilização dessas ferramentas no ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Marciá-Soler, Chordá MG, Medina OS, Tudela DM, Gasch AC, Cortés MIO. Level of involvement of clinical nurses in the evaluation of competence of nursing students. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 25]; 32(3):461-70. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300011-1&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
2. Mosqueda-Díaz A, Vilchez-Barboza V, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 15]; 32(2):356-63. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Johnson L, Becker SA, Cummins M, Estrada V, Freeman A, Ludgate H. NMC Horizon Report: Edição Ensino Superior 2013. Tradução para o português por Ez2translate. Austin, Texas: O New Media Consortium; 2013.
4. Prado C, Silva IA, Soares AVN, Aragaki IMM, Shimoda GT, Zaniboni VF, et al. Nursing contributions to the development of the Brazilian Telehealth Lactation Support Program. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 26]; 47(4):990-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400990.
5. Grossi MG, Kobayashi RM. Building a virtual environment for distance learning: an in-service educational strategy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 15]; 47(3):746-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000300756&script=sci_arttext.
6. Galvão ECF, Puschel VAA. Multimedia application in mobile platform for teaching the measurement of central venous pressure. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 15]; 46(n. spe):107-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000700016&script=sci_arttext.
7. Bardy LR, Hayashi MCPI, Schlunzen ETM, Seabra M0 Jr. Objetos de aprendizagem como recurso pedagógico em contextos inclusivos: subsídios para a formação de professores a distância. *Rev Bras Ed Esp*. 2013; 19(2):273-88.
8. Salvador ME, Sakamoto M, Marin HF. Uso do Moodle na Disciplina de Informática em Enfermagem. *J Health Inform*. 2013; 5(4):121-6.
9. Tobase L, Guareschi APDF, Frias MAE, Prado C, Peres HHC. Recursos tecnológicos na educação em enfermagem. *J Health Inform*. 2013; 5(3):77-81.
10. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-53.
11. Souza ACC, Moreira TMM, Borges JW. Educational technologies designed to promote cardiovascular health in adults: integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(5):944-51.
12. Fuchs SC, Paim BS. Revisão sistemática de estudos observacionais com metanálise. *Rev HCPA*. 2010; 30(3):294-301.
13. Jensen R, Lopes MHB, Silveira PSP, Ortega NRSO. The development and evaluation of software to verify diagnostic accuracy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 01]; 46(1):184-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100025&script=sci_abstract.
14. Prado C, Santiago LC, Silva JAM, Pereira IM, Leonello VM, Otrent E, et al. Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de Enfermagem: relato de experiência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 28]; 65(5):862-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500022&script=sci_arttext.
15. Frota NM, Barros LM, Araújo TM, Caldini LN, Nascimento JC, Caetano JA. Construction of an educational technology for teaching about nursing on peripheral venipuncture. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 15]; 34(2):29-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200004&script=sci_arttext&tlng=en.
16. Valli GP, Cogo ALP. School blogs about sexuality: an exploratory documentary study. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 15]; 34(3):31-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300004&script=sci_arttext&tlng=en.
17. Goyatá SLT, Chaves ECL, Andrade MBT, Pereira RJS, Brito TRP. Teaching the nursing process to undergraduates with the support of computer technology. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012; [cited 2015 Mar 15] 25(2):243-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000200014&script=sci_arttext.
18. Rangel EML, Mendes IAC, Cárnio EC, Alves LMM, Crispim JA, Mazzo A, et al. Evaluation by nursing students in virtual learning environments for teaching endocrine physiology. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 15]; 24(3):327-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300004.
19. Tanaka RY, Catalan VM, Zemiack J, Pedro ENR, Cogo ALP, Silveira DT. Digital learning objects: an assessment of a tool for the practice of nursing education. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 15]; 23(5):603-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500003.
20. Moreno FN, Cubas MR, Malucelli A, Silva CL. Recurso computacional auxiliar ao ensino do raciocínio diagnóstico: intenções e valores identificados. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2013; [cited 2015 Jan 30]; 18(4):669-75. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000400006.
21. Fonseca LMM, Aredes ND, Leite AM, Santos CB, Lima RAGL, Scochi CGS. Evaluation of an educational technology regarding clinical evaluation of preterm newborns. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013; [cited 2015 Feb 15]; 21(1):363-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100011

22. Ferreira PB, Cohrs CR, De Domenico EBL. Software CMAP T00 L5™ to build concept maps: an evaluation by nursing students. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Fev 20]; 46(4):967-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400026&script=sci_arttext.
23. Alavarce DC, Pierin AMG. Development of educational hypermedia to teach an arterial blood pressure measurement procedure. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):939-44.
24. Silva APSS, Pedro ENR, Cogo ALP. Educational chat in nursing: possibilities of interaction in the virtual environment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2015 Fev 15]; 45(5):1213-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500026&script=sci_arttext.
25. Lopes ACC, Ferreira AA, Fernandes JAL, Morita ABPS, Poveda VB, Souza AJS. Construction and evaluation of educational software on urinary indwelling catheters. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 15]; 45(1):215-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100030&script=sci_arttext.
26. Gonçalves GR, Peres HHC, Rodrigues RC, Tronchin DMR, Pereira IM. Virtual educational proposal in cardiopulmonary resuscitation for the neonate care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2015 Fev 15]; 44(2):413-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200025.
27. Pereira MCA, Melo MRAC, Silva ASB, Évora. Evaluation of a Webquest on the Theme "Management of Material Resources in Nursing" by Undergraduate Students. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2015 Fev 15]; 18(6):1107-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600010.
28. Silveira DT, Catalan VM, Neutzling AL, Martinato LHM. Digital Learning Objects in Nursing Consultation: Technology Assessment by Undergraduate Students. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2015 Fev 01]; 18(5):1005-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000500023&script=sci_arttext.
29. Cogo ALP, Silveira DT, Pedro ENR, Tanaka RY, Catalan VM. Aprendizagem de sinais vitais utilizando objetos educacionais digitais: opinião de estudantes de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2015 Fev 15]; 31(3):435-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300005&script=sci_arttext.
30. Bueno M, Duarte ED, Marques RL, Freire LM, Castral TC. Neonatal pain assessment program II: an innovative strategy to increase knowledge translation. *Rev Dor* [Internet]. 2014 [cited 2015 Fev 15]; 15(2):152-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132014000200152&script=sci_arttext.
31. Barra DCC, Sasso GTMD, Martins CR, Barbosa SFF. Avaliação da tecnologia Wiki: ferramenta para acesso à informação sobre ventilação mecânica em Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Fev 15]; 65(3):466-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000300011&script=sci_arttext.
32. Tamashiro LMC, Peres HHC. Development and assessment of learning about intramuscular medication administration. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014; [cited 2015 Fev 10]; 22(6):716-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292675/>.
33. Góes FSN, Fonseca LMM, Furtado MCC, Leite AM, Scochi CGS. Evaluation of the virtual learning object "Diagnostic reasoning in nursing applied to preterm newborns". *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 12]; 19(4):894-901. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400007&script=sci_arttext.
34. Alvarez Ag, Sasso GTMD. Virtual learning object for the simulated evaluation of acute pain in nursing students. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Fev 15]; 19(2):229-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000200002&script=sci_arttext.
35. Capes. Qualis periódicos definição dos estratos [Internet]. [cited 2012 abr 30]. Available from: http://www.anped.org.br/docs_capes/definicao_estratos_290908.pdf.
36. Fortuna CM, Mishima SM. A pesquisa de enfermagem e a qualificação da assistência: algumas reflexões. *Rev Eletr Enferm* [Internet] 2012 [cited 2015 jan 26]; 14(4):740-8. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/13408>.
37. Backes VMS, Prado ML, Lino MM, Ferraz F, Canever BP, Gomes DC, Martini JG. Teses e dissertações de enfermeiros sobre educação em enfermagem e saúde: um estudo bibliométrico. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(2):251-6.
38. Silva ACAB, Silva GTR, Silva RMO, Vieira SL, Santana MS. Secondary professional education: characterization of scientific production in graduate studies. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(5):499-505.
39. Soto U, Mayrink MF, Gregolin IV. Linguagem, educação e virtualidade. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.
40. March T. Why Webquests? an introduction. [Internet]. 1998 [cited 2015 mar 14]. Available from: http://tomarch.com/writings/intro_wq.php.
41. Figueiredo AE. Laboratório de enfermagem: estratégias criativas de simulações como procedimento pedagógico. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 4(4):844-9.
42. Zuñiga EXE, Bravo CM. Integração da simulação no curriculum de Enfermagem na graduação. In: Martins JCA, Mazzo A, Mendes IAC, Rodrigues MA (Org). *Simulação no ensino de Enfermagem*. Ribeirão Preto: SOBRACEN; 2014, p.97-109.
43. Senra MLB, Batista HÁ. Uso do blog como ferramenta pedagógica nas aulas de língua portuguesa. *Rev Diálogo e Interação*. 2011; 5:1-13.
44. Komesu FC. Blogs e as práticas de escrita sobre si na internet. In: Marcushi LA, Xavier AC, organizadores. *Hipertexto e gêneros digitais: novas formas de construção de sentido*. 3 ed. São Paulo: Cortez; 2010. p.135-46.
45. Castro LHP, Conde IB, Pantoja LDM, Vidal EM, Paixão GC. Blogs e wikis no ensino a distância: ferramentas pedagógicas no incentivo às práticas de leitura e produção textual. ESUD 2013 – X Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância Belém/PA, 11 – 13 de junho de 2013 – UNIREDE [Internet]. [cited 2015 mar 11]. Disponível em: <http://www.aedi.ufpa.br/esud/trabalhos/oral/AT3/113382.pdf>.
46. Gomes MR. A ferramenta wiki: uma experiência pedagógica. *Rev Comunic Educ*. 2007; 7(2):97-107.
47. Ramos FRS, Brehmer LCF, Vargas MAO, Schneider DG, Drago LC. Ethics constructed through the process of nurse training: conceptions, spaces and strategies. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2015 Fev 15]; 21(n. esp.):113-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700015.
48. Canever BP, Prado ML, Backes VMS, Gomes DC. Production of knowledge about the training of nurses in Latin America. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Fev 15]; 33(4):211-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400026.
49. Ministério da Educação (BR). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. [Internet]. [cited 2015 mar. 15]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>.
50. González MA, Font CM. The nurse teacher. Construction of a new professional identity. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(3):398-405.
51. Bezerra AF, Meneses LBA, Carvalho P, Soares VL, Meneses LBA, Soares MJOG. Currículo dos cursos de saúde sob a óptica dos docentes. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 11]; 9(11):9723-32. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8214/pdf_8818

Recebido em: 22.10.2016

Approved em: 03.11.2016

RELAÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL COM O DESEMPENHO DAS HABILIDADES MOTORAS: REVISÃO INTEGRATIVA

OBESITY CHILD RELATIONSHIP WITH THE PERFORMANCE OF SKILLS MOTOR: INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Herika Paiva Pontes¹

Mirna Albuquerque Frota²

Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes³

Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho⁴

RESUMO

Obesidade infantil é considerada atualmente um problema de saúde pública, gerando uma série de complicações, acometendo inclusive o desenvolvimento motor. Objetivou-se investigar a produção científica da relação da obesidade infantil com o desempenho das habilidades motoras. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados: Lilacs, Scielo e Medline, no período compreendido entre 2006 e 2016. Foram selecionados sete artigos conforme os critérios de inclusão. As informações extraídas foram categorizadas, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva. Os achados evidenciaram que a obesidade infantil está influenciando negativamente o desempenho das atividades motoras. Conclui-se a necessidade de desenvolvimento de mais estudos com a finalidade única de contribuir com a melhoria da qualidade de vida de crianças obesas.

Palavras-chave: Obesidade; Obesidade Infantil; Desempenho Psicomotor.

ABSTRACT

Childhood obesity is currently considered a public health problem, generating a series of complications, including affecting motor development. The objective was to investigate the scientific production of the relationship of childhood obesity with the performance of motor skills. This is an integrative review carried out in databases: Lilacs, Scielo and Medline in the period between 2006 and 2016. We selected seven articles as the inclusion criteria. The extracted information was categorized by building up the thematic groups and analyzed descriptively. The results show that childhood obesity is negatively influencing the performance of motor activities. It follows the need to develop further studies with the only purpose of contributing to improving the quality of life of obese children.

Keywords: Obesity; Child Obesity; Psychomotor Performance.

¹ Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora Titular no Curso de Enfermagem, Mestrado Profissional- Tecnologia e Inovação em Saúde (MPTIE), e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), na UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: mirnafrota@unifor.br

³ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

⁴ Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser entendida como um acúmulo de tecido gorduroso, localizado em determinada região ou em todo o corpo. Este acúmulo pode afetar a saúde do indivíduo em qualquer idade⁽¹⁾.

A prevalência da obesidade vem crescendo rapidamente, inclusive entre crianças e adolescentes, impactando nos índices de morbidades associadas ao aumento de peso. No Brasil nos últimos vinte anos, a prevalência na faixa etária entre 5 e 9 anos passou de 4,1% para 16,6% entre os meninos, e de 2,4% para 11,8% entre as meninas⁽²⁾. A obesidade é considerada atualmente um problema de saúde pública que acomete diferentes faixas etárias⁽³⁾.

Nas últimas décadas, as crianças tornaram-se menos ativas, a vida moderna trouxe enormes benefícios, como os avanços tecnológicos, a maior produção e alimentos mais complexos, facilidades em deslocamento, entretanto tais características trazem também um enorme malefício que é o sedentarismo^(4,5).

A obesidade na infância e adolescência tem sido considerada uma pandemia, com elevados custos para os sistemas de cuidado à saúde em todo o mundo, tem consequências adversas sobre a mortalidade precoce e morbidade física na idade adulta em curto e longo prazo⁽⁶⁾.

O aumento da adiposidade ainda na infância gera uma série de complicações, são fatores de risco à qualidade de vida, afetando a saúde física e ocasionando ou agravando quadros de hipertensão, diabetes mellitus, doença coronariana, apneia do sono, derrame, aumento do colesterol e triglicérides e problemas ortopédicos⁽⁷⁾.

Algumas pesquisas observaram baixo desempenho de habilidades motoras amplas em crianças com alta adiposidade, principalmente das que envolvem locomoção e equilíbrio⁽⁸⁾.

Sobrepeso e obesidade na infância são distúrbios epidêmicos mundiais, se tornaram um problema de saúde pública de grande importância. Estudos sobre o assunto vêm assumindo um papel cada vez mais relevante ao longo dos anos. No entanto, o impacto da obesidade na funcionalidade musculoesquelética tem sido pouco investigado^(9,10).

Devido à preocupação com o aumento da prevalência da obesidade infantil e a importância do desenvolvimento motor para a boa saúde da criança, a questão norteadora desse estudo foi: Qual a produção científica referente à relação da obesidade infantil com o desempenho das habilidades motoras?

Diante desse cenário e visando trazer contribuições para o aprofundamento do conhecimento referente ao tema investigado, o presente estudo teve como objetivo investigar a produção científica da relação da obesidade infantil com o desempenho das habilidades motoras.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado⁽¹¹⁾.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo por meio da utilização de forma associada dos seguintes descritores: obesidade, obesidade infantil, desempenho psicomotor. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos científicos com o texto disponibilizados na íntegra com a temática abrangendo a relação da obesidade infantil com o desempenho das habilidades motoras nas bases de dados referidas; divulgados em português e publicados nos últimos dez anos, no período compreendido entre 2006 e 2016.

A coleta de dados foi realizada no período entre junho a julho de 2016. Para a caracterização dos estudos selecionados as seguintes informações foram extraídas e organizadas em um quadro: título, autores, periódico, ano de publicação, objetivo e método empregado.

Os resultados dos estudos selecionados foram avaliados criteriosamente, as informações extraídas foram categorizadas, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva.

RESULTADOS

Na busca inicial foram encontrados 162 artigos, 29 na Lilacs, 20 na Medline e 113 na Scielo. Foram excluídos estudos em duplicidade, em idiomas distintos dos definidos como critérios para inclusão e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo, não atendiam ao tema proposto. Dos 11 artigos lidos na íntegra, apenas 7 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados.

Dentre os sete artigos incluídos para análise, um foi desenvolvido em Portugal e seis no Brasil. Quanto ao periódico de publicação, quatro artigos foram publicados em revistas da área de educação física, dois da área médica e apenas um da área de fisioterapia. No que diz respeito ao ano, observou-se que os artigos foram publicados de 2007 a 2013, com ênfase para o período de 2009 e 2010, no qual quatro artigos publicados.

No que concerne aos objetivos dos estudos selecionados, fica evidente uma concentração de artigos que buscam analisar o desempenho motor de crianças com obesidade e sobrepeso (seis artigos), alguns dão ênfase também a prevalência da obesidade infantil, e um estudo que descreve as alterações ortopédicas presentes em crianças e adolescentes obesos e com sobrepeso.

Em relação ao método empregado para construção da pesquisa, houve predominância de estudos quantitativos, cinco artigos, e apenas dois de revisão bibliográfica.

Quadro 1. Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, autores, periódico e ano de publicação, objetivo e método empregado.

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	ANO	OBJETIVO	MÉTODO
Desenvolvimento motor de crianças obesas.	Poeta, L.S.; Duarte, M.F.S.; Giuliano, I.C.B.; Silva, J.C.; Santos, A.P.M.; Neto, F.R.	Revista Brasileira de Ciência e Movimento	2010	Avaliar o desenvolvimento motor de crianças obesas.	Estudo de corte transversal
Desempenho motor de crianças obesas: uma investigação do processo e produto de habilidades motoras fundamentais.	Berleze, A.; Haeffner, L.S.B.; Valentini, N.C.	Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano	2007	Investigar a prevalência de obesidade em diferentes agrupamentos sociais e o nível de desempenho motor de meninos e meninas com sobrepeso e obesidade.	Pesquisa Quantitativa
Associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora em crianças.	Melo, M.M.; Lopes, V.P.	Revista Brasileira de Educação Física e Esporte	2013	Analisar a associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora.	Pesquisa Quantitativa
Obesidade infantil e suas relações com o equilíbrio corporal.	Lemos, L.F.C.; David, A.C.; Teixeira, C.S.; Mota, C.B.	Revista Acta Fisiátrica	2009	Identificar, por meio de uma revisão bibliográfica, os aspectos relacionados ao equilíbrio corporal e as alterações posturais causadas pela obesidade na infância.	Pesquisa Bibliográfica
Obesidade infantil em crianças da rede pública de ensino: prevalência e consequências para flexibilidade, força explosiva e velocidade.	Fernandes, M.M.; Penha, D.S.G.; Braga, F.A.	Revista da Educação Física UEM	2012	Avaliar a prevalência do excesso de peso em um grupo de crianças da rede pública de ensino da cidade de Formiga – MG e comparar o desempenho físico das crianças com sobrepeso e obesidade, com o das crianças eutróficas.	Pesquisa Quantitativa
Variabilidade da frequência cardíaca, lipídeos e capacidade física de crianças obesas e não-obesas.	Paschoal, M.A.; Trevizan, P.F.; Scodeler, N.F.	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	2009	Estudar a interferência da obesidade sobre a variabilidade da frequência cardíaca, os lipídeos do sangue e a capacidade física de crianças obesas.	Pesquisa Quantitativa
Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos.	Brandalize, M.; Leite, N.	Fisioterapia em Movimento	2010	Descrever as alterações que atingem o aparelho locomotor em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade.	Pesquisa Bibliográfica

Após a leitura minuciosa, foi possível organizar o conteúdo dos artigos selecionados em três categorias: Obesidade e habilidades motoras; Obesidade e disfunções do aparelho locomotor; Fuga da atividade física.

DISCUSSÃO

Obesidade e Habilidades Motoras

A obesidade infantil de causa sociogênica tem se elevado significativamente nos últimos anos em praticamente todo o mundo, e constata-se, que dentre vários fatores responsáveis por isso, à associação de maus hábitos alimentares e o sedentarismo têm papel predominante⁽¹²⁻¹⁶⁾.

A motricidade é uma constante na vida do indivíduo e é determinante situar que a faixa etária compreendida entre seis e dez anos é considerada de grande importância no desenvolvimento físico da criança, pois é a partir daí que se inicia a formação do acervo motor⁽¹³⁾.

Em uma pesquisa sobre a avaliação do desenvolvimento motor de crianças obesas, foi utilizado a Escala de Desenvolvimento Motor (EDM) e observou-se que apesar da classificação dentro da normalidade, as crianças com obesidade apresentaram resultados inferiores ao das crianças não obesas em todas as áreas, com diferença significativa no desenvolvimento motor geral, na motricidade global, no equilíbrio e no esquema corporal (14).

Estudos têm evidenciado atrasos no desempenho físico nas mais variadas habilidades motoras fundamentais de locomoção e salto, como também nas variáveis dos componentes motores-perceptivos em crianças com adiposidade⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Diante disso, os autores apresentaram resultados que demonstram claramente que crianças com sobrepeso e obesidade tiveram capacidade física inferior e baixo nível de aptidão física quando comparadas as crianças eutróficas⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Obesidade e Disfunções do Aparelho Locomotor

A obesidade na infância e adolescência pode resultar em início mais precoce de doenças crônicas na idade adulta e aumento dos gastos do sistema de saúde⁽¹⁴⁾.

A relação entre obesidade e o sistema musculoesquelético em crianças não é clara, mas acredita-se que a adiposidade afeta o aparelho locomotor, tanto de forma estrutural como funcional⁽¹⁷⁾.

As estruturas mecânicas do organismo, em especial as articulações, são comumente desgastadas (artrite e artrose) em função dos estresses sofridos ao longo da vida dos indivíduos com massa corporal normal. Uma criança que, desde jovem, carrega uma massa extra em seu corpo, potencializa tais estresses, podendo antecipá-los e agravá-los, ou seja, problemas articulares tendem a se desencadear precocemente em crianças obesas⁽¹⁸⁾.

Uma das variáveis mecânicas que sofre alterações com o excesso de massa corporal é o equilíbrio. Tal variável é vista como uma integração sensorio motora que garante a manutenção da postura^(13, 14, 16, 18).

Autores alertam que jovens obesos apresentam maior chance de terem dores e problemas ortopédicos, principalmente em membros inferiores e coluna vertebral^(14, 17, 18).

Fuga da Atividade Física

Durante as duas últimas décadas alterações ocorridas na estrutura social e econômica da sociedade como os processos de modernização, urbanização e todas as inovações tecnológicas, provocaram mudanças nos hábitos cotidianos⁽¹³⁾. Essas modificações das condições de vida da população têm influenciado a dinâmica familiar e afetado a população infantil que progressivamente vem sofrendo com o sedentarismo, gerando diversos problemas de saúde. As crianças despendem muito tempo vendo televisão ou em outras atividades sedentárias em frente a uma tela⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Níveis inferiores de aptidão física terminam por excluir crianças de diversas atividades físicas e brincadeiras infantis, conduzindo-as à inatividade⁽¹⁶⁾. Observamos que vários estudos têm evidenciado que as poucas oportunidades de movimento tem um impacto negativo no desenvolvimento de crianças, conduzindo a níveis de habilidades motoras muito pobres e o declínio no rendimento físico pode produzir frustração e fuga das atividades físicas e de lazer⁽¹⁴⁻¹⁸⁾.

As crianças precisam possuir um largo repertório de habilidades motoras para participar em diferentes atividades físicas. É a capacidade para se mover de forma coordenada em diferentes situações e tarefas que representa a trave mestra para os sujeitos serem ativos e por consequência não desenvolverem obesidade⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Pesquisas sugerem que a principal fonte de motivação para a atividade ou para o jogo ativo está intrinsecamente ligada ao prazer associado com o movimento e a sensação de competência motora⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Ao encorajar o desenvolvimento de habilidades motoras fundamentais, tornando o gesto motor mais qualificado, aumentam-se as probabilidades de que a criança participe de atividades que envolvem componentes da aptidão, e que privilegiam a saúde e qualidade de vida⁽¹⁶⁾. Um estilo de vida ativo está associado a um melhor desenvolvimento motor⁽¹⁴⁾.

A promoção do desenvolvimento das habilidades motoras nas crianças é de grande importância na diminuição dos níveis de obesidade⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia a necessidade de desenvolvimento de mais estudos com a finalidade única de contribuir com a melhoria da qualidade de vida de crianças obesas. No entanto,

esta revisão permite fomentar o conhecimento dos profissionais de saúde e estimular mais pesquisas nessa área.

O nível de evidência dos estudos analisados aponta fortemente que a obesidade infantil está influenciando negativamente o desempenho das habilidades motoras.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros CCM, Xavier IS, Santos VEFA, Souza MAO, Vasconcelos AS, Alves ERP. Obesidade infantil como fator de risco para a hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2012 Jan-Mar; 16(1): 111-19.
2. Ministério da Saúde (BR), Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Leal VS, Lira PIC, Oliveira JS, Menezes RCE, Sequeira LAS, Neto MAA, et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. *Caderno de Saúde Pública*. 2012 Jan-Jun; 28(6): 1175-82.
4. Paes ST, Marins JCB, Andreazzi AE. Efeitos metabólicos do exercício físico na obesidade infantil: uma visão atual. *Revista Paulista de Pediatria*. 2015 Mar; 33(1): 122-29.
5. Souza VZ, Reneis MDM, Dalbello MO, Gonçalves LM, Rezende TM, Silva Júnior AJ. Correlação entre atividade física, repouso, riscos cardiovasculares e obesidade em crianças. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2016; 20(2): 107-14.
6. Gordia AP, Quadros TMB, Silva LR, Santos GM. Conhecimento de pediatras sobre a atividade física na infância e adolescência. *Revista Paulista de Pediatria*. 2015 Dez; 33(4): 400-06.
7. Mayer APF, Weber LND. Relações entre a obesidade na infância e adolescência e a percepção de práticas de alimentação e estilos educativos parentais. *Psicologia Argumento*. 2014; 32(79): 143-53.
8. Marramarco CA, Krebs RJ, Valentini NC, Ramalho MHS, Santos JOL, Nobre GC. Crianças desnutridas progressas, com sobrepeso e obesas apresentam desempenho motor pobre. *Revista da Educação Física UEM*. 2012; 23(2): 175-82.
9. Moraes LI, Nicola TC, Jesus JSA, Alves ERB, Giovannini NPB, Marcato DG, et al. Pressão arterial elevada em crianças e sua correlação com três definições de obesidade infantil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2014 Fev; 102(2): 175-80.
10. Tsiros MD, Coates AM, Howe PR, Grimshaw PN, Buckley JD. Obesity: the new childhood disability? *Obesity Reviews*. 2011 Jan; 12(1): 26-36.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*. 2010 Jan-Mar; 8(1): 102-06.
12. Paschoal MA, Trevizan PF, Scodeler NF. Variabilidade da Frequência Cardíaca, Lipídes e Capacidade Física de Crianças Obesas e Não-Obesas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2009 Set; 93(3): 239-46.
13. Fernandes MM, Penha DSG, Braga FA. Obesidade infantil em crianças da rede pública de ensino: prevalência e consequências para flexibilidade, força explosiva e velocidade. *Revista da Educação Física UEM*. 2012 Dez; 23(4): 629-34.
14. Poeta LS, Duarte MFS, Giuliano ICB, Silva JC, Santos APM, Neto RF. Desenvolvimento motor de crianças obesas. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2010 Out-Dez; 18(4): 18-25.
15. Melo MM, Lopes VP. Associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora em crianças. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. 2013 Jan-Mar; 7(1): 7-13.
16. Berleze A, Haeffner LSB, Valentini NC. Desempenho motor de crianças obesas: uma investigação do processo e produto de habilidades motoras fundamentais. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Motor*. 2007; 9(2): 134-44.
17. Brandalize M, Leite N. Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos. *Fisioterapia em Movimento*. 2010 Abr-Jun; 23(2): 283-88.
18. Lemos LFC, David AC, Teixeira CS, Mota CB. Obesidade infantil e suas relações com o equilíbrio corporal. *Revista Acta Fisiátrica*. 2009 Set; 16(3): 138-41.

Recebido em: 07.11.2016

Aprovado em: 17.11.2016

BENEFÍCIOS DO CONTATO PELE A PELE PARA O RECÉM-NASCIDO

BENEFITS OF SKIN CONTACT SKIN FOR NEWBORN

Artigo de Revisão

Lorena Damasceno Alves Bezerra¹
Ana Maria Martins Pereira²
Herla Maria Furtado Jorge³
Laura Pinto Torres de Melo⁴
Sabrine Rodrigues Feitoza⁵
Maria Luiza Soares de Amorim⁶

RESUMO

No presente estudo objetivou-se identificar quais os benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido (RN) através de uma revisão integrativa nas bases de dados Lilacs, SciELO e BDEF. Percebeu-se que o procedimento de colocar o RN em contato pele a pele com a mãe é fácil, não dispendioso, de grande valor para o binômio na construção do vínculo e no desenvolvimento psíquico, motor e emocional do RN, bem como para recuperação da mãe. Conclui-se que mais estudos sobre esta temática são necessários para chamar a atenção dos profissionais e instituições de saúde a adotar esta prática fácil; basta que alguém inicie a motivação, adaptando as condições da instituição, o que pode repercutir em benefícios propostos pela Organização Mundial de Saúde tais como aumento da duração do aleitamento materno exclusivo e redução dos índices de mortalidade infantil.

Palavras-chave: Recém-Nascido; Enfermagem; Relação Mãe-Filho.

ABSTRACT

The objective of this article was to identify the benefits of skin-to-skin to the newborn (NB) through an integrative review in databases Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Nursing Database (BDEF). It was noticed that the procedure of placing the infant skin-to-skin with the mother is easy, inexpensive, great value for the binomial in creating the bond and psychical development, motor and emotional RN as well as for recovery mom. We conclude that further studies on this topic are needed to draw the attention of health professionals and institutions to adopt this practice is easy, just someone start motivation, adapting the conditions of the institution, which can pass on benefits proposed by the Organization World Health such as increasing the duration of exclusive breastfeeding and reducing infant mortality rates.

Keywords: Newborn; Nursing; Mother-Child Relationship.

¹ Residente em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Ceará/Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: lo1907@hotmail.com.

² Mestre em Saúde Coletiva-UNIFOR. Fortaleza, Ceará, Brasil. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Terra Nordeste (FATENE).

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil.

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil

⁵ Residente em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Ceará/Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁶ Residente em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Ceará/Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

Entre os mamíferos, é considerada determinante a aproximação entre mãe e filho para a promoção do desenvolvimento do vínculo entre ambos. Tal desenvolvimento é dinâmico e recíproco e envolve a mãe, como provedora dos cuidados e o filho como receptor, havendo necessidade do comprometimento de ambos para a construção deste vínculo⁽¹⁾.

A transição da vida fetal para a neonatal envolve uma série de transformações anatômicas e principalmente fisiológicas que, quando bem sucedidas, garantem a automanutenção do recém-nascido (RN), ao término do período de suporte placentário. No entanto, é também considerado um indicador global de estresse, que, é importante sob o aspecto adaptativo, porém acarreta efeitos deletérios quando exacerbado⁽²⁾.

Portanto, o contato íntimo entre mãe e bebê logo após o nascimento, além de contribuir para o desenvolvimento precoce do vínculo afetivo, também ajuda os bebês a se adaptarem ao novo meio ambiente não estéril, uma vez que se o RN imediatamente após o parto for colocado em contato pele a pele com a mãe, o mesmo recupera a temperatura corporal, acelera a sua adaptação metabólica, havendo provimento de melhores condições adaptativas à vida extrauterina, ao início precoce e desmame tardio do aleitamento materno, bem como as vantagens para a mulher no puerpério imediato e a redução da hospitalização por hiperbilirrubinemia neonatal⁽²⁻³⁾.

Ajudar as mães a iniciar amamentação na primeira meia hora de vida é o quarto passo contemplado nos Dez passos para o sucesso do aleitamento materno, base da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) lançada em 1991 e adotada por mais de 20.000 hospitais credenciados em mais de 156 países. Essa premissa foi implantada no Brasil em 1992 pelo Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, do Ministério da Saúde, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS). Esse compromisso foi reafirmado no Comitê Permanente em Nutrição das Nações Unidas em 2003, no qual os participantes solicitaram um indicador mundial do início precoce de aleitamento materno⁽⁴⁾.

Dentre as práticas contidas nos Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno, o quarto passo é interpretado na atualidade pela OMS/UNICEF como colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora. Importante ressaltar que o Brasil é o único país no mundo a exigir o cumprimento desses requisitos no processo de credenciamento da IHAC⁽⁵⁾.

Os profissionais de saúde possuem um papel determinante na realização do contato precoce pele a pele. Podem estimular e facilitar o contato com a prorrogação dos cuidados de rotina e suporte profissional ou trazer prejuízos pelo desrespeito aos mecanismos fisiológicos do recém-nascido e as evidências científicas sobre o aleitamento materno⁽⁵⁾.

O contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe é importante para um vínculo bem sucedido entre eles. Na prática nos

deparamos com situações cotidianas que atrapalham esse contato direto tais como: pressa em realizar cuidados que poderiam ser postergados em casos sem intercorrência, cumprimento de metas, demanda excessiva de partos, rotinas institucionais, falta de sensibilidade de profissionais, entre outros. O que nos leva a refletir como os benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido têm sido prejudicados por esse tipo de práticas cotidianas.

Logo esse tipo de estudo é importante na contribuição do processo de humanização do parto e do nascimento podendo contribuir para a implementação de cuidados efetivos na melhoria da prática do contato pele com pele entre o recém-nascido e sua mãe.

Diante deste cenário, este trabalho tem como objetivo identificar na literatura os benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa acerca dos benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. Consiste em um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema que se pretende investigar, cujo resultado mostra o estado atual do conhecimento desse tema. Servindo como base para a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde, para a redução de custos e para a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas⁽⁶⁾.

Para a construção da revisão integrativa foram seguidas seis etapas que consistem em: escolha e definição do tema, com identificação das palavras chaves e a proposição da questão norteadora: Quais os benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido⁽⁶⁾?

A segunda etapa é composta pela criação dos critérios de inclusão e exclusão, pela busca nas bases de dados e pela seleção dos estudos. Critérios de inclusão: artigos relacionados à temática; Artigos disponibilizados na íntegra e indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Artigos publicados no período de 2005 a 2015; Artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol.

Critérios de exclusão: artigos repetidos nas três bases de dados (só sendo contabilizado uma única vez), estudos de revisão, editoriais, reportagens, relatos de casos ou comunicação; Estudos com erros sistemáticos, com ambiguidade, com resultados insuficientes ou que não contemplaram a temática proposta.

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2015. Com o seguinte cruzamento apresentado no Quadro 1.

Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, 11 artigos compuseram a amostra do estudo. Na etapa três foi realizada a categorização dos estudos, com posterior avaliação dos estudos. Por fim foi realizada a interpretação dos resultados para serem apresentados de forma descritiva por meio da síntese do conhecimento.

Quadro 1. Cruzamento, descritores, bases de dados, total de artigos.

CRUZAMENTO	DESCRITORES	BASES DE DADOS			TOTAL
		SciELO	BDEF	LILACS	
1º	Recém-nascido e contato	11	43	177	231
2º	Aleitamento materno e parto (0)	100	81	442	624
	-	112	124	619	855

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados a seguir em dois quadros (Quadros 2 e 3) contendo as informações pertinentes para compor a síntese dos artigos selecionados. Os quadros abordam o levantamento bibliográfico de forma mais didática e contém as informações: código, local do estudo, ano de publicação, periódico, título do artigo, autores do artigo, objetivos do artigo e resultados.

Após a análise crítica dos artigos selecionados, os principais assuntos levantados foram distribuídos em três categorias apresentadas a seguir: Contato pele a pele como um fenômeno mecânico, benefícios do contato pele a pele e a importância da equipe no estabelecimento do contato pele a pele entre recém-nascido e sua mãe.

Contato pele a pele como um fenômeno mecânico

Após o nascimento, o recém-nascido passa por uma fase denominada inatividade alerta, com duração média de quarenta minutos, na qual se preconiza a redução de procedimentos de rotina, em recém-nascido de baixo risco. Nesta fase, o contato mãe-filho deve ser proporcionado, por tratar-se de um período de alerta que serve para o reconhecimento das partes, ocorrendo à exploração do corpo da mãe pelo bebê⁽⁵⁾.

Isso ocorre porque a sensibilidade cutânea é a primeira a se desenvolver no conceito humano, sendo a pele o maior órgão dos sentidos no corpo, e o tato o sentido que traz inúmeros benefícios através do contato adequado, que parece ativar várias respostas fisiológicas e emocionais que podem tranquilizar, relaxar e aumentar a produção de hormônios do crescimento e o conforto do bebê, além de auxiliar o sistema imunológico⁽⁷⁾.

O contato precoce mãe-filho foi prejudicado, independentemente do tipo de parto realizado ocorreu depois que o recém-nascido recebeu os primeiros cuidados, mostrando que a rotina institucional e os procedimentos técnicos ainda são o foco da assistência⁽⁸⁾.

Por isso a pele, como órgão sensorial primário do recém-nascido, faz com que a experiência tátil seja fundamental para seu desenvolvimento. Em termos psicológicos, teria a grande vantagem de reduzir os efeitos dos traumas da separação provocados pelo nascimento, acelerando a vinculação mãe-filho. Com isso, o contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediata-

mente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis⁽⁴⁾.

Benefícios do contato pele a pele

No momento do nascimento, no caso de bebês e mães saudáveis, é preciso oferecer tempo e ambiente tranquilo, auxiliar a mãe a posicionar-se confortavelmente, atentar para o estado de alerta e procura do bebê destacando os comportamentos positivos, favorecer a confiança materna e evitar manobras que apressem o bebê na amamentação⁽⁵⁾.

Observam-se os seguintes benefícios desta prática: facilita a transição para a vida extrauterina; o recém-nascido tem menos dor; previne a ocorrência de infecções no bebê; a mãe apresenta menor nível de dor no ingurgitamento mamário, o que possibilita início precoce e manutenção prolongada da amamentação. Por isso, o contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis⁽³⁾.

Desta forma, o contato pele a pele com a mãe é um procedimento simples, que traz benefícios à recuperação da mãe, ao desenvolvimento psíquico, motor e emocional do recém-nascido e proporciona a construção do vínculo afetivo. Também iniciar a amamentação dentro da primeira hora após o nascimento pode estar associada à redução dos índices de mortalidade infantil⁽⁴⁾.

Em serviços onde o contato pele a pele vem ocorrendo como rotina, é possível observar que o contato precoce mãe-filho em sala de parto traz alguns sentimentos como felicidade, amor, conforto, tranquilidade, compartilhados entre a equipe e o binômio⁽⁹⁾.

A importância da equipe no estabelecimento do contato pele a pele entre recém-nascido e sua mãe.

A equipe de profissionais que assiste o nascimento deve estar preparada para orientar a parturiente sobre os procedimentos e as vantagens do contato pele a pele minutos após o nascimento, com o RN seco e ainda sujo, antes mesmo do pinçamento do cordão umbilical e da profilaxia ocular, como também oferecer ajuda à mãe para manter o binômio mãe-filho unido por volta de duas horas ou até um deles se cansar⁽⁴⁾.

Quadro 2. Distribuição dos artigos segundo código, local do estudo, ano de publicação, periódico, título e autores do artigo.

CÓD.	LOCAL	ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	AUTORES
E 01	São Paulo	2010	Acta Paul Enferm	O contato pele a pele ao nascimento e o choro de recém-nascidos durante vacinação contra Hepatite B.	Raquel Bosquim Zavarella Vivancos, Adriana Moraes Leite, Carmen Gracinda Silvan Scochi, Cláudia Benedita dos Santos.
E 02	Santa Catarina	2010	Rev Bras Enferm	Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem.	Thaís Alves Matos, Morgana Stefani de Souza, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Manuela Beatriz Velho, Eli Rodrigues Camargo Seibert, Nezi Maria Martins.
E 03	Rio de Janeiro	2007	Rev Esc Enferm USP	Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê	Daniela Carvalho dos Santos Cruz, Natália de Simoni Sumam, Thelma Spíndola
E 04	Bahia	2014	Rev Bras Enferm	Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico	Luciano Marques dos Santos, Jucélia Cavalcante Rodrigues da Silva, Evanilda Souza de Santana Carvalho, Ana Jaqueline Santiago Carneiro, Rosana Castelo Branco de Santana, Maria Cristina de Camargo Fonseca.
E 05	Brasil	2014	Cad. Saúde Pública	Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil	Maria Elisabeth Lopes Moreira; Silvana Granado Nogueira da Gama; Ana Paula Esteves Pereira; Antonio Augusto Moura da Silva; Sônia Lansky; Rossiclei de Souza Pinheiro; Annelise de Carvalho Gonçalves; Maria do Carmo Leal.
E 06	Paraná	2014	Esc Anna Nery	A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança	Eloana Ferreira D'Artibale, Luciana Olga Bercini.
E 07	Bahia	2012	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online	Puerperas' experiences about the contact with the newborn and the breastfeeding on the immediate postpartum.	Luciano Marques dos Santos, Aurea Angela Salles Amorim, Rosana Castelo Branco de Santana, Daniela de Medeiros Lopes.
E 08	Cuiabá	2010	Online Brazilian Journal of Nursing	Assistência ao recém-nascido no nascimento: a caminho da humanização? Pesquisa qualitativa	Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes, Maria Aparecida Munhoz Gaíva, Laura Fabiane de Oliveira Patricio.
E 09	Santa Catarina	2010	Esc Anna Nery Rev Enferm	Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação	Rosiane da Rosa, Bruna Liceski Gasperi, Marisa Monticelli, Fernanda Espindola Martins, Eli Rodrigues Camargo Siebert, Nezi Maria Martins.
E 10	Ribeirão Preto	2006	Acta Paul Enferm	Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto	Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes, Ana Márcia Spanó Nakano.
E 11	Porto Alegre	2014	Invest. Educ. Enferm.	The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth	Dinara Dornfeld, Eva Neri Rubim Pedro

É de suma importância que o trabalho dos profissionais dos diversos setores que assistem a parturiente e o RN ocorra em conjunto e de forma continuada, assim como a readequação organizacional, instrumental e institucional voltada às determinações do IHAC e desenvolvimento de práticas condizentes com as evidências científicas⁽¹⁰⁾.

Os principais obstáculos para a efetivação do quarto passo foram a prioridade dada aos cuidados de rotina (CR), o

parto cesáreo e o processo de trabalho divergente das determinações da IHAC⁽¹⁰⁾.

O suporte profissional prestado no estabelecimento do contato pele-a-pele precoce mãe-filho, a promoção de ações de cuidado no ambiente envolvido e interação com o binômio visando à realização mínima de intervenções e auxílio no reconhecimento mãe-filho, podem ser o caminho para alcançar aquilo que se recomenda na atualidade e que possui evidente importância materna⁽⁶⁾.

Quadro 3. Distribuição dos artigos segundo código, objetivos do artigo e resultados.

CÓD.	OBJETIVOS	RESULTADOS
E 01	Testar a efetividade do contato pele a pele após o nascimento na redução do comportamento de estresse/dor manifestado pelo choro do recém-nascido (RN), decorrente do procedimento de vacinação contra a Hepatite B.	No período de contato, 19 RN (95%) do Grupo A permaneceram em silêncio, os RN pertencentes ao grupo B, 15 (75%) apresentaram episódios de choro, não cronometrados. Os RN de ambos os grupos choraram por mais tempo durante a fase de recuperação. Não houve diferença entre os tempos de administração da vacina para ambos os grupos.
E 02	Compreender o significado do contato precoce pele-a-pele para o ser-mãe, identificar características do estabelecimento desse contato e contribuições da enfermagem.	As entrevistadas descrevem o significado e a importância do contato pele-a-pele mãe-filho em discursos bastante heterogêneos, que abrangeram desde a naturalidade do momento, a felicidade, até o alívio e a força proporcionados pelo contato; evidenciado no discurso a seguir. No que diz respeito às contribuições da enfermagem no estabelecimento do contato pele-a-pele, todas as mulheres consideraram o atendimento eficaz.
E 03	Compreender como o momento do parto foi percebido pelas mães e de que maneira as ações dos profissionais contribuíram para facilitar sua aproximação ao recém-nascido.	A análise de conteúdo dos relatos revelou que os cuidados imediatos prestados ao bebê, distante do olhar materno, geram nas mães preocupação, sensação de afastamento e medo da separação do bebê. Algumas mulheres, todavia, valorizaram a assistência intervencionista por acreditar que estes cuidados são indispensáveis para garantir a integridade física de seus filhos.
E 04	Compreender a vivência da puérpera durante o primeiro contato pele a pele no pós-parto imediato, no centro obstétrico de um hospital público de uma cidade no interior da Bahia.	Foi visto um contato curto devido a necessidade de cumprir normas e rotinas institucionais. Muitas vezes esse contato inicial é bloqueado devido campos cirúrgicos como forma de proteger o recém-nascido da perda de calor bem como para cobrir o abdome da mãe e evitar suja-lo com secreções decorrentes do parto. O incentivo do contato pele a pele e aleitamento imediatos ocorrem de forma mecânica, sendo destacado só o contato, obrigando a puerpera a iniciar o aleitamento materno de forma brusca e repentina, não sendo respeitada sua vontade de executar ou não essa prática.
E 05	Avaliar o cuidado ao recém-nascido saudável a termo e identificar variações nesse cuidado no atendimento ao parto e na primeira hora de vida.	Foi observada grande variação das práticas usadas na assistência ao recém-nascido a termo na sala de parto. Práticas consideradas inadequadas como uso de oxigênio inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%) e gás-tríca (39,7%) e uso de incubadora (8,8%) foram excessivamente usadas. A ida ao seio na sala de parto foi considerada baixa (16,1%), mesmo nos hospitais com título de Hospital Amigo da Criança (24%). Esses resultados sugerem baixos níveis de conhecimento e aderência às boas práticas clínicas.
E 06	Analisar os fatores envolvidos na prática do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a partir da vivência das puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança.	Os principais obstáculos para a efetivação do quarto passo foram a prioridade dada aos cuidados de rotina após o nascimento, o parto cesáreo e o processo de trabalho díspar das determinações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
E 07	Analisar a vivência de puérperas primigestas sobre o contato pele a pele com o recém-nascido e a amamentação precoce no pós-parto vaginal imediato em uma maternidade pública de Feira de Santana-Bahia.	As parturientes vivenciam sentimentos diversos relacionados ao recém-nascido, sentem-se preocupadas com as condições clínicas e não clínicas dos mesmos e são separadas bruscamente do filho em prol da prestação de cuidados com o recém-nascido.
E 08	Analisar a assistência prestada ao recém-nascido no momento do nascimento em Cuiabá, Mato Grosso.	A humanização do nascimento, definida nas políticas governamentais, não está presente na maioria das instituições estudadas. Independente do tipo de parto percebeu-se que a rotina institucional e os procedimentos técnicos ainda são os principais focos da assistência no processo de nascimento. E que o contato precoce também depende muito da equipe.
E 09	Identificar e analisar os sentimentos maternos expressados pelas mães durante o contato íntimo com os filhos após o parto.	Os primeiros contatos, na percepção das mulheres, são preponderantes para propiciar o reconhecimento entre mãe e filho, estimulando e incentivando o aprendizado das tarefas culturais da maternagem.
E 10	Conhecer e analisar as vivências das mulheres relacionadas ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em uma maternidade de Ribeirão Preto.	Participaram 23 mulheres que relataram que, mesmo estando em situação inadequada devido ao cansaço e à dor, elas aceitam com resignação e entendem o momento como importante para o bebê. Além disso, receber a criança pela primeira vez causa impacto e surpresa. A assistência mostra-se limitada aos aspectos práticos do cumprimento do quarto passo, sem considerar os reais sentimentos das mulheres, sendo necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia pelo profissional de saúde.
E 11	Descrever a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento.	A equipe promoveu o cuidado seguro por meio do apoio empático à mulher e da valorização e respeito ao acompanhante. Em relação ao CPP e ao ambiente propício para a recepção do recém-nascido, ainda são necessários esforços para que estas práticas se configurem em circunstâncias seguras de cuidado. Em especial no que diz respeito a temperatura fria, a luminosidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão integrativa que tinha como objetivo mostrar os benefícios do contato pele a pele do recém-nascido evidenciou que o contato pele a pele é de extrema importância pelos benefícios que proporciona tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Mas que para este processo ser bem sucedido, principalmente na primeira hora após o nascimento, a equipe de saúde obstétrica tem um importante papel na promoção de ações de cuidados no ambiente envolvido e na interação com o binômio mãe-filho.

E para respaldar as atitudes e mudanças profissionais é preciso que os mesmos conheçam as vantagens e a técnica, através de atividades de atualização e qualificação permanente, que podem resultar na melhoria da qualidade da assistência prestada visando um atendimento humanizado e adequação à premissa de promover o estabelecimento do contato entre mãe e filho,

ao reconhecer que colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe na mesa de parto vaginal ou cesárea é procedimento importante para ambos, simples e sem custo financeiro.

Por isso, mais estudos sobre esta temática precisam ser desenvolvidos para reforçar essa importância, para chamar a atenção dos profissionais e instituições de saúde que adotar esta prática é fácil, basta que alguém inicie a motivação, adaptando as condições da instituição, o que poderá repercutir em benefícios como os previstos pela Organização Mundial de Saúde tais como aumento de duração do aleitamento materno exclusivo e redução dos índices de mortalidade infantil.

AGRADECIMENTOS

Universidade Federal do Ceará e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelo auxílio técnico e disponibilidade de materiais para a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Marciá-Soler, Chordá MG, Medina OS, Tudela DM, Gasch AC, Cortés MIO, Gontijo FO. Contato precoce pele a pele entre mãe e recém-nascido pré-termo de 1000g a 1800g: repercussões sobre indicadores de estresse materno [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde/ saúde da criança e do adolescente; 2014.
2. Vivancos RBZ, Leite AM, Scochi CGS, Santos CB. O contato pele a pele ao nascimento e o choro de recém-nascidos durante vacinação contra Hepatite B. *Acta Paul Enferm.* 2010 Abr.; 23(4): 461-65.
3. Carvalho AMVGO, Zangão MO. Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.* 2014 Mai; (14): 63-67.
4. Melo SL, Weffort VRS. Contato precoce do binômio mãe recém nascido após cesárea: alguém tem que começar. *Rev Méd Minas Gerais.* 2011 Jan; 21(3 Supl 1): 59-62.
5. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010 Nov - Dez.; 63(6): 998-1004.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
7. Ferreira FR, Callado LM. O afeto do toque: os benefícios fisiológicos desencadeados nos recém nascidos. *Rev Med Saude Brasilia.* 2013; 2(2):112- 19.
8. Modes PSSA, Gaíva MAM, Patricio LFO. Birth and newborn care: a path to humanization? Qualitative research. *Online braz. j. nurs.(Online).* 2010 Mar; 9(1).
9. Almeida EA, Martins Filho J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd.* 2012 Out-Dez; 13(4): 381-388.
10. D'artibale EF, Bercini LO. The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative. *Esc. Anna Nery.* 2014 Apr.- Jun.; 18(2): 356-64.

Recebido em: 03.11.2016

Aprovado em: 10.11.2016

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FORTALEZA-CEARÁ

RISK STRATIFICATION OF HYPERTENSIVE AND DIABETICS AT PRIMARY ATTENTION UNIT FORTALEZA-CEARÁ

Relato de Experiência

Keylla Márcia Menezes de Souza¹
Francisco Antonio da Cruz Mendonça²

RESUMO

Objetivou-se relatar a experiência de implantação da Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde de Fortaleza-Ceará. Trata-se de um estudo descritivo sobre a implantação da estratificação de risco de hipertensos e diabéticos vivenciada na Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho. Foram utilizados instrumentos para estratificação de risco em baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco por profissionais de saúde. Os resultados mostraram maior número de diabéticos estratificados (88,3%) com alto e muito alto risco comparado aos hipertensos estratificados (59,8%). Evidenciou-se que os usuários diabéticos tem uma dificuldade maior em aderir ao tratamento. Faz-se necessário que profissionais de saúde, gestores e usuários estejam envolvidos na prevenção das doenças cardiovasculares para evitar as principais complicações de morbimortalidade do nosso país.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to report the experience of the implementation of Hypertension and Diabetic Risk Stratification in a Primary Health Care Unit in Fortaleza-Ceará. This is a descriptive study about the implementation of the risk stratification of hypertensive and diabetic patients at the Primary Care Unit Benedito Artur de Carvalho. Risk stratification instruments were used in low risk, medium risk, high risk and very high risk by health professionals. The results showed a higher number of stratified diabetic patients (88.3%) with high and very high risk compared to stratified hypertensive patients (59.8%). It has been shown that diabetic users have a greater difficulty in adhering to treatment. It is necessary that health professionals, managers and users are involved in the prevention of cardiovascular diseases to avoid the main complications of morbidity and mortality in our country.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Cardiovascular diseases; Risk Factors; Primary Health Care.

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Coletiva pela AA UECE/UFC/UNIFOR. Professora da Graduação em Medicina do Centro Universitário Christus. Gestora da Unidade de Atenção Primária à Saúde Benedito Artur de Carvalho. E-mail: keyllanurse@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorando em Saúde Coletiva pela AA UECE/UFC/UNIFOR. Professor da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará (ESTÁCIO FIC).

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam no Brasil, uma das causas mais relevantes de mortalidade, no qual 30% dessas doenças são motivos de internações no Sistema Único de Saúde. As principais patologias de risco cardiovasculares são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), nos quais alcançam cerca de 20% da população acima de 70 anos^(1,2).

A primeira causa de óbito em Fortaleza atribui-se as doenças cardiovasculares, com coeficiente de mortalidade de 129/100.000 habitantes, em 2011, sendo consideradas as pessoas com 60 ou mais anos de idade as de maior risco de complicações e morte. Principalmente, aquelas acometidas por HAS e DM, consideradas as condições crônicas mais prevalentes na população mundial^(3,4).

Assim, é de fundamental importância relatar experiências da organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS), principalmente a Rede de Atenção Primária a Saúde (RAPS) como ordenadora do cuidado tanto das condições agudas como das condições crônicas. Faz-se necessário trabalhar a qualidade da atenção do cuidado, organizar as práticas de saúde e proporcionar o acesso aos serviços necessários para cada usuário do sistema de saúde na perspectiva da integralidade^(2,4).

Nesse contexto, o município de Fortaleza-Ceará em 2015, buscando organizar a RAPS, iniciou o processo de implantação das diretrizes clínicas para hipertensão e diabetes que propõe em um dos seus objetivos o acompanhamento dos usuários, de acordo com a Estratificação de Risco (ER) e participação de uma equipe multiprofissional. Essa nova forma de trabalhar as condições crônicas proporcionou a organização da demanda, melhoria do fluxo do usuário na Unidade de Atenção Primária (APS) e a melhoria do acesso em toda RAS, como também otimização do tempo de atendimento e os custos em saúde⁽⁴⁾.

A Estratificação de Risco dos usuários hipertensos e diabéticos é composta por aqueles de baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco. O usuário será estratificado no primeiro atendimento, em que irá seguir uma conduta terapêutica, uma avaliação na consulta subsequente devendo ser estratificado novamente haja vista a possibilidade do mesmo mudar de nível de risco. De acordo com a Estratificação de Risco, o usuário será periodicamente agendado para retorno com o médico, enfermeiro, dentista, e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), também participará de grupos operativos^(4,5).

A prescrição de fármacos após Estratificação de Risco é recomendada para os usuários com Estágios II e III (independente do risco), ou Estágio I de alto e muito alto risco. Para aqueles estratificados de baixo e médio risco com níveis pressóricos do Estágio I devem permanecer em tratamento não farmacológico por três a seis meses e em seguida reavaliado pelo profissional de saúde⁽⁴⁾.

Diante do contexto e da organização do processo de trabalho descrito, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência de implantação da Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde de Fortaleza-Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo sobre a implantação da estratificação de risco de hipertensos e diabéticos vivenciada no processo de trabalho da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho pertencente à Coordenadoria Regional II (CORES II) do município de Fortaleza-Ceará, no período de novembro e dezembro de 2015.

O cenário desse estudo contemplou os seguintes bairros: Luciano Cavalcante, Salinas e Guararapes. A população total é de 26.533 habitantes. A Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho possui quatro equipes da ESF, duas equipes de saúde bucal, duas pediatras e uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Os atores envolvidos foram: gestor local, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, tutores e articuladores da CORES II, profissionais da Estratégia Saúde da Família e usuários.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza com intuito de fortalecer a atenção primária, adotou o modelo das condições crônicas e atenção às condições agudas. Para isso, vários processos de organização do serviço foram disparados, com estratégias de implantação de macro e microprocessos básicos⁽⁵⁾.

São considerados macroprocessos básicos para o funcionamento da RAPS: Territorialização, Cadastramento das famílias da área de abrangência da UAPS, Classificação de risco das famílias, Diagnóstico Local, Planejamento da Infraestrutura Física e de Recursos Humanos, Estratificação de Risco das Condições Crônicas, Acolhimento com classificação de risco, Programação das atividades da ESF, Monitoramento das ações, Construção das agendas por profissionais da ESF e Contratualização com os profissionais sobre ações e metas a serem alcançadas⁽⁶⁾.

A implantação desse processo de trabalho iniciou em unidades denominadas "laboratório", no qual a Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho faz parte, sendo pioneira no processo da estratificação de risco das condições crônicas para HAS e DM.

O gestor local, os profissionais de saúde, tutores e técnicos da SMS reuniram-se e discutiram as estratégias para realizar o maior número possível de estratificações de risco dos usuários pertencentes às áreas cobertas pela ESF. Sendo assim, foi proposto metas, organizou-se monitoramento diário das ações e realizou-se a aplicação da estratificação de risco durante os atendimentos dos profissionais de saúde.

Para a execução das ações de implantação da estratificação de risco para usuários com HAS e DM, utilizou-se a matriz de processo de gerenciamento como ferramenta de orientação, apoio e monitoramento de estratégias pontuadas para o alcance dos objetivos.

Foram utilizados para aplicação das estratificações, os instrumentos propostos nas diretrizes clínicas para HAS e DM implantados em Fortaleza neste mesmo ano: a Ficha de avaliação de pacientes com diabetes e/ou hipertensão para estratificação de risco, estratificação de risco cardiovascular global de HAS e Classificação de Pressão Arterial, estratificação de risco do paciente diabético e parametrização de avaliações de

acordo com a estratificação de risco baixo, médio, alto e muito alto conforme avaliações por profissionais médico, enfermeiro, nutricionista, odontólogo e grupos operativos.

Tais instrumentos permitiram estratificar o risco em baixo, médio, alto e muito alto na primeira avaliação do indivíduo com HAS e DM, sendo ferramenta útil para tomada de decisão da terapia a ser indicada, como também para a avaliação do prognóstico e parametrização do acompanhamento pela equipe multiprofissional conforme os critérios clínicos^(4,7).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação da estratificação de risco perpassou por três momentos. No primeiro momento, discutiu-se a proposta da estratificação de risco: critérios, prescrições, condutas e agendamentos. Traçou-se a estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos. Realizou-se o planejamento das ações, no qual foi utilizada uma matriz de gerenciamento de processo que constava da descrição de cinco estratégias, como cada ação iria ocorrer, quem iria executar e determinamos o prazo para realização de cada atividade. Iniciou-se com um processo de nivelamento, buscou conhecer e se apropriar das diretrizes clínicas, que englobam a ficha de estratificação, os quadros com os critérios estabelecidos, prescrições e condutas frente a estratificação de cada usuário.

No segundo momento, conheceu-se os hipertensos e diabéticos por área da equipe da ESF e microárea de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) para o cálculo estimado de hipertensos e diabéticos. Confeccionou-se uma lista com nome e endereço para facilitar a busca ativa dos usuários, com o objetivo de organizar essa demanda o ACS entregava a cada usuário convocado para consulta na Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho um convite com nome do profissional, dia e horário de atendimento previamente agendados. Traçou-se uma meta para estratificar pelo menos 40% dos hipertensos e diabéticos.

No terceiro momento, realizou-se a estratificação de risco com a organização da agenda dos profissionais destinando dez atendimentos para cada profissional médico e enfermeiro. Dessa forma, os ACS encaminhavam os usuários para as equipes de vinculação. Realizou-se a aplicação do instrumento de estratificação, para esse momento houve a necessidade de criar kits contendo: a ficha de estratificação, quadro com os critérios para estratificar e lista de medicamentos de primeira escolha. Fez-se necessário, ainda, organizar o fluxo dos usuários na Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho, tanto para aqueles encaminhados pelos ACS como para os que circulavam na unidade.

Para isso, todos os funcionários foram orientados a captar os usuários questionando a condição de saúde e encaminhando para o atendimento. Além das equipes de ESF, designou-se um enfermeiro para a referência e realização de consulta. Os profissionais da sala de procedimentos foram orientados a realizar a verificação de sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal, glicemia em jejum ou pós prandial dependendo do

horário de atendimento a todos os usuários hipertensos e diabéticos para que entrassem na consulta com todos os parâmetros aferidos. Para que todos tivessem acesso, identificou-se os hipertensos e diabéticos acamados para a realização da estratificação de risco em domicílio.

Por fim, realizou-se o monitoramento das estratificações realizadas, organizou-se as pastas específicas por equipe e microárea, todos os usuários foram separados por estrato (baixo, médio, alto e muito alto risco), pois para cada estrato existe uma conduta e plano de cuidados diferenciados.

A população de referência da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho trabalhada foi 4.621 habitantes. Quanto aos hipertensos, a população estimada foi 924. Em nosso estudo, conseguiu-se cadastrar 594 (64,2%) da população estimada e realizar a estratificação de risco de 556 (93,6%) dos hipertensos cadastrados, ou seja, acompanhados pela equipes da Estratégia Saúde da Família. Verificou-se que mais da metade dos pacientes hipertensos, apresentou alto risco 220 (39,5%) e muito alto risco 113 (20,3%).

Em pesquisa realizada com pacientes atendidos em uma unidade de saúde da família de Maceió-AL, sobre a estratificação do risco cardiovascular global, observou-se que pouco mais da metade (59,05%) dos pacientes apresentaram baixo risco cardiovascular. Enquanto que a prevalência de fatores de risco potencialmente controláveis como hipertensão, alterações da glicemia de jejum, sedentarismo e dislipidemias mostrou-se elevada⁽⁸⁾.

Para pacientes hipertensos, o estrato de Baixo risco adicional, classifica-se como ausência de fatores de risco e de lesão em órgão-alvo em níveis de pressão arterial normal ou até hipertensão estágio 1; no Moderado risco adicional, observa-se a presença de um a dois fatores de risco sem lesão em órgão-alvo com pressão arterial variando entre normal até hipertensão estágios um a dois; no Alto risco adicional, nota-se a presença de três ou mais fatores de risco, lesão de órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente detectável com pressão arterial variando entre normal a hipertensão estágio dois; no Risco adicional muito alto estão presentes um ou mais fatores de risco com ou sem lesões de órgãos-alvo com níveis da pressão que podem variar de normal até hipertensão no terceiro estágio, desde que haja doença clínica associada⁽⁹⁾.

Em relação aos diabéticos, a nossa população estimada foi de 337 (7,3%). Foram cadastradas 223 (66%) e estratificadas 269 (120%), essa última informação chamou atenção, pois foi justificada pelo fato de termos áreas descobertas pelas equipes de ESF e por termos criado estratégias dentro da unidade para abordar todo paciente na recepção da unidade de atenção primária questionando-se os mesmos eram hipertensos e/ou diabéticos, caso sim foram encaminhados para o atendimento com um profissional para estratificação. Verificou-se que a grande maioria dos pacientes diabéticos, apresentou alto risco 150 (56%) e 87 (32%) (Quadro1).

Quadro 1. Estratificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho de Fortaleza-CE, Brasil, 2015.

ESTRATIFICAÇÃO HIPERTENSO				ESTRATIFICAÇÃO DIABÉTICOS			
Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito Alto Risco	Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito Alto Risco
38 (7%)	185 (33,2%)	220 (39,5%)	113 (20,3%)	15 (5,6%)	17 (6,4%)	150 (56%)	87 (32%)

Em estudo⁽¹⁰⁾ realizado com a estimativa da prevalência de diabetes mellitus e de outros fatores de risco cardiovascular na população adulta espanhola, observou-se que prevalência de hipertensão na Espanha é alta e muitos pacientes hipertensos ainda não são diagnosticados, embora o tratamento de drogas é comum, não melhora o grau de controle, da patologia.

No trabalho sobre as ações realizadas no âmbito do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, de 2011 a 2015, verificou-se que nas metas de redução de mortalidade e fatores de risco, ações de estímulo à alimentação adequada, atividade física, promoção da saúde por meio do Programa Academia da Saúde, ambientes livres do tabaco e distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, bem como a organização da rede de atendimento de urgências para doenças cardiovasculares⁽¹¹⁾.

Os usuários hipertensos e diabéticos seguem apresentado por estrato no quadro 2. Outro fato relevante foi o maior número de diabéticos estratificados (88,3%) com alto e muito alto risco comparado aos hipertensos estratificado (59,8%), o que nos mostra que os usuários diabéticos tem uma dificuldade maior em aderir ao tratamento, representado por um alto número de usuários descompensados.

Quadro 2. Estratificação de risco dos usuários com hipertensos/diabéticos da Unidade de Atenção Primária Benedito Artur de Carvalho de Fortaleza-CE, Brasil, 2015.

ESTRATIFICAÇÃO HIPERTENSOS/DIABÉTICOS			
Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco	Muito Alto Risco
9 (4,6%)	14 (7,1%)	104 (53,3%)	68 (35%)

No entanto, existem algumas barreiras e/ou dificuldades para a implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial, conforme demonstra o estudo de Silva¹² em Maringá-PR, tais como: equipamentos de trabalho; falta de materiais educativos; capacitação dos recursos humanos; inclusão da família no plano de cuidados; transporte para atividades externas; determinação da terapêutica a partir da classificação do risco e referência do paciente para médicos e/ou exames especializados.

Observa-se a limitação de estudos abordando essa temática e faz-se importante estudos abordando a estratificação de risco para as doenças cardiovasculares, pois a hipertensão está associada a 40% dos casos de Infarto Agudo de Miocárdio e estes dois agravos se constituem a principal causa de mortalidade entre 30 e 69 anos (65%), atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Com frequência acarretam a invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o usuário, a família e sociedade⁽¹³⁾.

Em pesquisa realizada sobre a associação entre fatores de risco cardiovasculares e Infarto Agudo de Miocárdio com usuários da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ceará a partir das fichas de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus (HIPERDIA), demonstra a necessidade de oferecer aos usuários orientações de cunho educativo e de reforçar a importância da adesão à terapêutica recomendada, principalmente no que concerne à mudança no estilo de vida. Os profissionais de saúde devem estar atentos para este ocorrido, uma vez que a associação da HAS, do DM e das complicações cardiovasculares intensifica o risco cardiovascular global⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da implantação da Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, verificou-se a estratificação de risco de 93,6% dos hipertensos. Para os diabéticos, foram estratificados 120%, tal fato deve-se a unidade de saúde possuir áreas descobertas pelas equipes de ESF. Os usuários diabéticos têm uma dificuldade maior em aderir ao tratamento farmacológico e não-farmacológico quando comparados com os pacientes hipertensos na estratificação alto risco e muito alto risco.

Esses achados demonstram a importância de estratificar o risco cardiovascular para o levantamento da prevalência de fatores de risco na população adscrita. Essa experiência permite melhorar o direcionamento na tomada de decisão das intervenções para evitar complicação dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Os profissionais de saúde, gestores e usuários devem ser envolvidos na prevenção das doenças cardiovasculares para evitar as principais complicações de morbimortalidade do nosso país. Faz-se necessário promover campanhas de prevenção da hipertensão e diabéticos, planejamento e a implementação de políticas públicas com enfoque para promoção da saúde, que difundam a importância de um estilo de vida saudável, especialmente para crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 158-71.
2. Moura FM, Silva MCG, Carnut L. Política de Atenção Cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde: breves comentários sobre a literatura científica nacional indexada disponível. *J Manag Prim Health Care* 2011; 2(1):30-3.
3. Oliveira JEP, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
4. Fortaleza. Diretrizes clínicas: Hipertensão Arterial. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza; 2015. 73 p.
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
6. Mendes EV. O ajuste entre demanda e oferta na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Mimeo; 2013.
7. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Rev. Soc. Bras. Hipertens.* 2010; 17(1):12-57.
8. Sampaio MR, Melo MBO, Wanderley MSA. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa unidade de saúde da família (USF) de Maceió, Alagoas. *Rev Bras Cardiol.* 2010; 1(1):51-60.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2010; 17(1):4-64.
10. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(6): 572-8.
11. Malta, DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(2): 373-90.
12. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1): 79-87.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Florencio RS, Mendonca FAC, Moreira TMM, Oliveira ASS, Santos JC, Felipe GF et al. Fatores de risco e complicações cardiovasculares associados a pessoas acometidas por infarto do miocárdio. In: Moreira TMM, Silva MGCHipertensão Arterial - nós críticos, epidemiologia e condições clínicas associadas. Fortaleza: EdUECE; 2013. p. 213-20.

Recebido em: 10.11.2016

Aprovado em: 20.11.2016

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2016



Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

Presidente do Coren-CE
 Enfermeiro do Instituto Dr. Jose Frota e da
 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Prezados Profissionais de Enfermagem, ao encerrar as atividades do Exercício 2016, reiteramos o compromisso com enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem que somam os 62.527 profissionais que atuam no estado, contribuído para a melhoria da saúde da população.

É missão do Coren-CE, exercer a função de disciplinar, normatizar e fiscalizar o exercício da Enfermagem, bem como a de coordenar as ações fiscalizatórias na busca da ética e na qualidade na assistência profissional. Este ano, especificamente, desenvolvemos ações que intensificaram o papel do Departamento de Fiscalização (Defis/Coren-CE). Ministério Público e Ordem dos Advogados do Brasil têm sido parceiros fundamentais nesta luta de deveres e direitos que envolvem melhores condições de trabalho nas unidades de saúde e observância aos editais municipais que versam sobre concurso público para seleção de profissionais de Enfermagem. Através da Procuradoria Jurídica do Coren-CE, alcançamos o número de 22 ações judicializadas que obrigaram prefeituras municipais, clínicas e hospitais a cumprirem a Legislação do exercício profissional de Enfermagem.

Não cansaremos de lembrar aos gestores de unidades de saúde, que a Enfermagem é uma profissão regulamentada. Isto significa que o exercício, desde a formação profissional às competências e áreas de atuação, é regido por lei. A fiscalização do exercício profissional é a função primordial dos Conselhos de Enfermagem. Se não houvesse essa fiscalização, a eficácia da lei 7.498/86, que regulamenta a profissão, seria muito restrita. Quem impediria a contratação de profissionais sem qualificação? A quem seriam denunciados desvios de função? E os casos de má conduta profissional? Essas situações colocariam em risco a saúde da população brasileira. Os profissionais tam-

bém estariam mais vulneráveis a abusos, a decisões arbitrárias, e a concorrência desleal no mercado de trabalho.

Nós defendemos a regulamentação da jornada de trabalho em 30h semanais – já conquistada em alguns municípios – e o estabelecimento de um piso salarial que permita ao profissional viver dignamente. Projetos de lei para a regulamentação da jornada e o piso salarial tramitam no Congresso com apoio do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, pois são necessárias leis que regulamentem essas reivindicações. Por isso, a mobilização dos profissionais e entidades representativas, como sindicatos, também é fundamental. O Coren-CE vem realizando ações, nesse sentido, juntamente com o Sindicato do Enfermeiros e a Associação Brasileira de Enfermagem.

Em 2016, ampliamos os cursos promovidos pelo Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem (NAPEN) – que tem o objetivo de planejar e realizar atividades para o aprimoramento e atualização dos profissionais de Enfermagem no Estado. Os cursos são gratuitos aos profissionais devidamente inscritos e regulares junto ao Conselho.

Apresentamos ao prefeito de Fortaleza, Roberto Cláudio, as reivindicações urgentes da Enfermagem, listadas em 7 itens primordiais para o avanço na qualidade de trabalho para profissionais que atuam no SUS no âmbito municipal. Desde novembro tentamos insistentemente marcar a reunião prometida pelo prefeito para consolidar os compromissos assumidos perante a categoria e ainda não obtivemos resposta do gestor.

Continuaremos no firme propósito de defender a categoria em seus direitos, em sua dignidade e suas obrigações. Desejamos um 2017 de realizações e conquistas aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, juntamente aos seus familiares. Um grande abraço. ●

PROJETO ACOLHER PROMOVE AÇÃO NO COREN MÓVEL

Uma experiência enriquecedora e uma oportunidade de começar a colocar em prática os ensinamentos recebidos em sala de aula. Estudantes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio, em Fortaleza, vivenciaram essa oportunidade ao participarem como voluntários do Projeto Acolher, desenvolvido pelo Conselho Regional de Enfermagem/Coren-CE.

O Projeto Acolher levou atendimento humanizado ao público presente na tradicional celebração religiosa que acontece mensalmente na Paróquia Nossa Senhora de Fátima, fruto de convênio realizado com o conselho de Enfermagem. O projeto tem como objetivo acolher, atender e orientar o estudante de graduação do curso de Enfermagem, em práticas que apoiam no seu desenvolvimento acadêmico, colocando-o em contato direto com a população que busca atendimento preventivo. Entre as ações que realizam estão a aferição de pressão arterial, teste glicêmico e além de orientarem os usuários sobre a prevenção do câncer.

Sob a coordenação dos conselheiros do Coren-CE, Dayse Pereira e Antônio Mendonça, os atendimentos são realizados no interior do Coren Móvel (*motohome*), levando cuidados básicos e colaborando para o bem estar da população que frequenta o entorno e participantes das ações da paróquia. ●



SINDIFORT PROPÕE AÇÕES COM O COREN-CE PARA SEGURANÇA NO TRABALHO

Ana Miranda, vice-presidente e Regina Cláudia Neri, diretora do Sindicato dos Servidores e Empregados Públicos do Município de Fortaleza (Sindfort), em visita ao presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque, relataram a luta contínua e as dificuldades que envolvem as demandas dos trabalhadores da saúde, em especial da Enfermagem.

As principais denúncias que o Sindfort recebe, estão relacionadas ao exercício da profissão e condições de trabalho. O Sindicato buscou apoio do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, para que ações conjuntas possam ser realizadas em prol da defesa e orientação aos trabalhadores da saúde. Osvaldo Albuquerque, garantiu apoio irrestrito e acionou o Departamento de Fiscalização do Coren-CE que juntamente com o Ministério Público e em defesa da saúde, vem desenvolvendo ações intensivas para atender as denúncias e reclamações.



Segundo a pesquisa, realizada em 2015, pela Fundação Osvaldo Cruz, somente 29,01% se sentem seguros no ambiente de trabalho, enquanto 70,99%, temem violência externa. A maioria dos entrevistados trabalha em unidades de saúde municipais. ●

ANJOS DA ENFERMAGEM NÚCLEO CEARÁ, VOLUNTÁRIOS EM AÇÃO!



O Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará, que tem como lema “Educação em Saúde através do lúdico”, realizou entrega do material para os novos voluntários, na Universidade de Fortaleza – Unifor.

A entrega festiva contou com a participação da conselheira do Cofen, Mirna Frota que assina a coordenação estadual do programa Anjos da Enfermagem e da coordenadora local, professora Karla Rolim acompanhadas pelo conselheiro do Coren-CE, Antônio Mendonça, representando o presidente Osvaldo Albuquerque.

No total 8 (oito) voluntários foram adicionados ao programa AE. Todos são estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

Após a entrega do material e mais um dia de treinamento, os novos “Anjos” realizaram a primeira visita de responsabilidade social no Hospital Infantil Albert Sabin, onde a alegria e emoção dominou à todos.

A próxima ação será no Hospital Waldemar de Alcântara, levando alegria às crianças e um conforto que vai além das palavras, sorrisos e brincadeiras. Mantido pelo Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, é considerado o maior projeto de responsabilidade social da categoria, o programa Anjos da Enfermagem mostra que o cuidar é também um exercício de cidadania e solidariedade. ●



CUIABÁ SEDIA O 19º CBCENF

A entrada das delegações de todo o Brasil deu início à solenidade de abertura do 19º Congresso Brasileiro dos Conselhos Enfermagem, no Centro de Eventos do Pantanal, em Cuiabá. Superando o número de inscrições previstas, o evento lotou o auditório das Árvores e as salas que recebiam transmissão simultânea do evento.

O presidente do Cofen, Manoel Neri, ressaltou a necessidade de resistir e inovar frente à crise político-econômica e de formação profissional, que afeta o Brasil e a Enfermagem. “Vivemos um momento em que precisamos resistir e inovar. Resistir à PEC 241, a PEC da maldade, que congela os investimentos em Saúde e Educação por 20 anos, podendo condenar ao atraso toda uma geração”. Nota técnica publicada pelo IPEA estima que a Saúde pode perder até R\$ 743 bilhões em 20 anos, inviabilizando a universalização da assistência nos termos da Constituição Federal.

Neri ressaltou, ainda, a necessidade de inovar na educação, contendo a formação desordenada, que afeta a qualidade da assistência e degrada as condições de trabalho dos 1,8 milhão de profissionais de Enfermagem brasileiros. O conselho apoia o fim da formação de profissionais por EaD, a criação de exame de suficiência e um maior controle da abertura de novos cursos e vagas.

O Congresso – Com o tema “Inovação e Tecnologia em Enfermagem: Avanços para a Profissão”, o 19º CBCENF acontece pela primeira vez na região Centro-Oeste, contribuindo para descentralizar a produção científica. A programação abrangeu cursos e oficinas, palestras, mesas redondas, audiência pública, apresentações de experiências exitosas e trabalhos científicos na modalidade *e-poster* e comunicação coordenada.

Durante o congresso, serão realizados, ainda, encontros nacionais e internacionais de Enfermagem, além de lançamentos de livros e guias técnicos

A delegação do Ceará levou a alegria do povo da terra da luz, estampando nas camisas e no estande a beleza das praias cearenses. Durante o congresso, os participantes puderam participar de um jogo de conhecimentos (perguntas e respostas), que presenteou os vencedores dos duelos, com lembranças típicas da nossa capital cearense. ●



MIYOCO SAITO RECEBE PRÊMIO ANNA NERY DE ENFERMAGEM



A Enfermeira Estomaterapeuta, Miyoco Saito Sakuraba recebeu o prêmio Anna Nery de Enfermagem em solenidade que reuniu representantes do Sistema Cofen/Conselhos Regionais em noite de emoção e reconhecimento.

Indicada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, a homenageada já presidiu a Associação Brasileira de Estomaterapia (Sobest-CE), sendo pioneira na especialidade local.

A Comenda foi entregue na cidade de Cuiabá, durante o 19º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem pelos presidentes Manoel Neri (Cofen), Osvaldo Albuquerque (Coren-CE) e a conselheira federal Mirna Frota.

Miyoco Saito, declarou emocionada: “Registro meus sinceros agradecimentos a esta honra concedida, que para mim representa uma láurea que divido com todos os enfermeiros Estomaterapeutas do estado do Ceará, que dedicam incansavelmente seus esforços para uma melhoria da qualidade de vida dos nossos pacientes. O prêmio Anna Nery significa também o reconhecimento da importância da especialidade no nosso meio e por ser um evento nacional, destaca o avanço da Estomaterapia no Ceará”.

O Presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, destaca a importância do prêmio pelo reconhecimento nacional que ele carrega e ressalta que mesmo



com trajetórias profissionais distintas, os homenageados pelo Prêmio Anna Nery 2016, têm em comum o compromisso com a Enfermagem e o senso de humanização e cuidado.

Comenda leva o nome da enfermeira Anna Nery

O Prêmio Anna Nery é uma honraria concedida pelo Conselho Federal aos profissionais da Enfermagem que tenham se distinguido pelo exercício profissional exemplar ou contribuído para o desenvolvimento da Enfermagem na esfera nacional ou de sua região, no âmbito da assistência, da administração, do ensino, da pesquisa ou da organização civil da categoria profissional, como forma de expressar o reconhecimento da profissão pelos bons serviços prestados. ●

CONSELHEIRA MIRNA FROTA LEVA À FRANÇA OBRA SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Com apoio da Embaixada do Brasil em Paris e da *Fondation Maison du Brésil*, a conselheira federal Mirna Frota e a professora Raimunda Magalhães da Silva lançam, em Paris, o livro “Promoção da Saúde na Integralidade do Cuidado”. Voltado para profissionais da área da Saúde, Ciências Sociais e Humanas, o livro reúne artigos que discorrem sobre o conhecimento teórico e apresentam experiências práticas sobre o tema “promoção da saúde”. A obra, escrita por pesquisadores de âmbito nacional e internacional, estimula a aplicação dos conceitos de promoção da saúde em instituições de saúde, ensino e pesquisa.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Mirna Frota Albuquerque é enfermeira com mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e pós-doutorado em *Pédopsychiatrie* no CHU – *Hôpitaux de Rouen*, França – e em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Líder do grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Criança. Consultora ad hoc de vários periódicos da área de Enfermagem e Saúde Coletiva. Coordenadora do curso de especialização em Saú-



de Coletiva da Universidade de Fortaleza. Conselheira federal do Cofen (gestão 2015-2018). Editora Chefe da Revista *Tendências da Enfermagem Profissional - ReTEP*

Raimunda Magalhães da Silva é graduada, mestre e doutora em Enfermagem, com pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora titular da Universidade de Fortaleza e bolsista de produtividade/CNPq. Exerceu a função de gestão no serviço de saúde, no ensino de graduação e de pós-graduação. Coordena um grupo de pesquisa e de extensão e desenvolve um estudo nos temas sobre saúde da mulher, sobre adolescente e sobre violência sexual e autoinfligida. ●

OSVALDO ALBUQUERQUE RECEBE PRÊMIO “ENFERMEIROS QUE VÃO ALÉM”

A Solenidade de abertura 2º. Congresso Brasileiro de Especialidades de Enfermagem – CBEE, foi marcada por um público recorde de participantes, reunindo 1.200 congressistas em Fortaleza/CE.

Com o tema: Protagonismo do Enfermeiro na Saúde Brasileira, o CBEE 2016 é uma realização do Instituto de Desenvolvimento Educacional – IDE com apoio do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen.

Conselheiros, fiscais do Coren-CE e autoridades da Enfermagem, prestigiaram o evento que contou com a entrega do prêmio ENFERMEIROS QUE PENSAM ALÉM, destinado a Enfermeiros que através de seu trabalho dignificam e elevam a Enfer-

magem. A personalidade escolhida para receber a primeira honraria, foi o enfermeiro cearense, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, atual presidente do Coren-CE. A homenagem foi entregue pelo presidente do CBEE, Gilmar Junior.



Pela postura ética e pela luta em prol da valorização da Enfermagem Osvaldo Albuquerque Sousa Filho é um dos ENFERMEIROS QUE PENSAM ALÉM. ●

COREN-CE, SENECE E ABEN-CE UNEM FORÇAS PELA VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

O resultado do último pregão realizado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), para suprir a contratação de mão de obra da enfermagem para os hospitais da rede pública estadual causou indignação em toda a categoria de Enfermagem, já que a empresa vencedora, que se trata de uma cooperativa, teve como critério para ser aclamada vencedora a diminuição do valor da hora trabalhada da categoria.

Embora contrários ao sistema de contratação de mão de obra através de cooperativas, os presidentes das entidades de classe que representam a Enfermagem: Osvaldo Albuquerque Sousa Filho (Conselho Regional de Enfermagem do Ceará); Telma Cordeiro (Sindicato dos Enfermeiros) e Ana Valesca Siebra (Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Ceará), decidiram unir forças para defender os direitos dos profissionais.

Em reunião as entidades definiram ações conjuntas e ouviram representantes dos cooperados. As assessorias jurídicas das entidades já entraram com uma ação no Ministério Público do Trabalho contra a Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e a cooperativa vencedora do pregão que determinou a redução do valor da hora trabalhada pelo enfermeiro. Foi criada também uma Comissão junto aos órgãos de classe para mobilizar e sensibilizar os cooperados para que não aceitem o valor hora oferecido.

As pontuações dos três órgãos de classe, foram de repúdio à precarização das condições do trabalho e ao fato mais agravante que é falta de concurso público para as unidades de saúde do estado do Ceará. Por isso assinam juntas a Carta aberta à Sociedade Cearense:

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-Ceará), Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE) e Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará (Senece), vem de público manifestar seu mais veemente repúdio ao desprestígio e desrespeito que o Governo do Estado do Ceará, através da sua Secretaria da Saúde, vem impingido aos dignos profissionais de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) permitindo a redução do valor, já injusto, da hora trabalhada paga aos Cooperativos que prestam relevantes serviços no âmbito das Instituições Públicas, no recente processo licitatório realizado.

Ressaltamos que a precarização do trabalho em saúde e a utilização indiscriminada e inconstitucional de empre-



sas terceirizadas e de cooperativas para suprir o crescente déficit de recursos humanos, já representa um descaso para com os profissionais e com a população assistida. Os concursos públicos de provas e títulos, como única porta de entrada para o ingresso no serviço público, que propiciaria estabilidade para o trabalhador e maior segurança para a sociedade, vem sendo substituídos por alternativas de contratação temporária e fragilizada, que gera o enfraquecimento das Instituições Públicas, comportamento organizacional destrutivo e adoecedor, manipulação e cerceamento ideológico, clientelismo e corrupção, baixos salários e exploração do trabalho humano.

Situações frontalmente adversas às Políticas Nacionais de Desprecarização do Trabalho em Saúde, de Humanização e de Segurança do Paciente, tão propaladas como discursos de efeito, porém destoantes da realidade, incoerentemente, mantida pelo próprio Estado.

E neste contexto que Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares, com incontestável participação em todos os ciclos da vida humana (do nascimento à morte) e com efetiva atuação nos níveis de atenção primário (atenção básica), secundário e terciário (incluindo a alta complexidade) veem contribuindo, decisivamente, para o bom desempenho das Políticas Públicas de Saúde, com seus modelos assistenciais e redes de atenção, que se tornam eficientes, eficazes e resolutivos pelo gerenciamento responsável dos processos e pelo cuidado clínico competente oferecido às pessoas na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de sua saúde.

Na difícil situação de crise que enfrentamos atualmente, o Governo desvaloriza ainda mais estes profissio-

nais tentando uma reedição contemporânea do “trabalho escravo”, com a aquiescência de Gestores de Saúde desqualificados, descomprometidos e apáticos, que parecem desconhecer o importante trabalho que estes profissionais vem realizando em prol da sustentação e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não podemos aceitar nem permitir isto, que empresas mercenárias vendam o produto do trabalho da Enfermagem

por um valor tão aviltante, somente para vencer processos licitatórios, sem nenhum respeito aos profissionais nem aos usuários.

Convocamos, portanto, todos os colegas (cooperativados ou não) a integrar este Movimento, que é uma luta de todos nós, e representa a nossa resistência em resgatar o respeito, o reconhecimento e a valorização da Enfermagem no Estado do Ceará. ●

CONGRESSO LATINO AMERICANO DE AUDITORIA EM SAÚDE HOMENAGEIA ENFERMEIRAS



A solenidade de abertura do I Congresso Latino Americano de Auditoria em Saúde, realizada em Fortaleza, homenageou personalidades que tiveram e tem como lema em suas vidas: “Formar novos profissionais em seu ofício, tratar e Cuidar de pacientes com a mais especial atenção”. Uma realização da Associação Brasileira de Enfermeiros Auditores (ABEA), Associação Cearense de Enfermeiros Auditores (ACEA), Associação Paranaense de Enfermeiros Auditores (SPEA) e Qualirede.

RECEBERAM AS HONRARIAS AS ENFERMEIRAS:

- Débora Soares de Oliveira – Primeira Enfermeira no Brasil a fazer Análise dos DMI (Dispositivos Médicos Implantáveis) ;
- Cristina Eufrásio – Referência na assistência a pacientes oncológicos;
- Cláudia Maria Alves de Araújo – Pioneira na assistência a pacientes oncológicos no âmbito

público e privado da assistência à saúde – Enfermeira no Estado do Ceará com residência em Oncologia pelo INCA/RJ.

Também foram homenageados os médicos:

- Haroldo Juaçaba – Cirurgião (in memoriam)
- Alberto Lima – Pediatra
- Eliezer Arrais da Mota Filho – Mastologista e Gestor em Saúde

E a artista plástica Heloísa Juaçaba (in memoriam), fundadora da Liga de Combate ao Câncer no Ceará.

O presidente do Conselho Regional de Enfermagem, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho e o conselheiro Antônio Mendonça, prestigiaram o evento.

O I Congresso Latino Americano de Auditoria em Saúde teve como tema: “Inovação nos Modelos de Prestação de Serviços a pacientes Oncológicos e a correta utilização dos DMI (dispositivos médicos implantáveis)”. ●

ENFERMAGEM FORENSE: DESENVOLVIMENTO NO BRASIL

A presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Forense (Abe Forense), Zenaide Cavalcanti de Medeiros Kernbeis, ministrou palestra na sede do Coren-CE, falando sobre o desenvolvimento da especialidade no Brasil. A palestrante foi anfitriã pelos conselheiros Dayse Pereira, Verônica Sales, Antônio Mendonça e Marli Veloso.

A Enfermagem Forense é a junção da ciência da enfermagem com a prática forense, ou seja, o profissional irá utilizar de seu conhecimento técnico e científico para saber quando deve trazer a aplicação da lei como forma de tratar o paciente vítima de violência. Aprenda a reconhecer a existência de eventuais vestígios, e a forma de preservá-los adequadamente. Apresentam competências específicas, na descoberta de detalhes que são muitas vezes esquecidos, por aqueles que não estão familiarizados com a área forense.



Zenaide Kernbeis possui graduação em Enfermagem – Estácio Fase. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Forense – Abeforense, Docente do Curso de Pós Graduação em Enfermagem Forense no Instituto de Desenvolvimento Educacional – IDE . ●

“ENFERMAGEM COM POESIA: A ARTE SENSÍVEL DO CUIDAR” É LANÇADO

Para deleite dos apaixonados por belas obras literárias, a Academia Internacional de Poetas e de Escritores de Enfermagem (Academia IPÊ), acaba de lançar o segundo volume da coletânea que vai encantar e reencantar a arte do cuidar de forma poética, estética e reflexiva: Enfermagem com Poesia: a arte sensível do cuidar. A Academia IPÊ foi idealizada em 2014 pelos enfermeiros e pesquisadores Dr. Elioenai Dornelles Alves e Dr^o Onã Silva, possui sede em Brasília-DF e é uma associação civil, literária, cultural, artística, educativa e científica, composta por poetas e escritores, profissionais de enfermagem, de abrangência internacional.

O objetivo do livro é estimular a produção e a divulgação da ciência da enfermagem por meio de poesias relacionadas ao cuidado, exclusivamente de autoria de profissionais e estudantes de enfermagem.



Esta obra apresenta poesias em português, espanhol e francês, sob o cuidar sensível de 38 profissionais de Enfermagem que atuam no Brasil, Portugal, Espanha e Suíça. Entre os escritores convidados para essa edição, está o ex-presidente do Conselho Federal de Enfermagem, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho (Atual presidente do Coren-CE). ●

COREN-CE CONVIDA CANDIDATOS À PREFEITO E APRESENTA REIVINDICAÇÕES DA CATEGORIA



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, juntamente com os representantes do Sindicato dos Enfermeiros, a Associação Brasileira de Enfermagem, a Associação dos Enfermeiros do IJF e Associação dos Servidores do IJF, convidaram os candidatos ao cargo de prefeito de Fortaleza, Roberto Cláudio e Capitão Wagner para apresentar as reivindicações da categoria. Os dois candidatos apresentaram suas propostas de campanha para os profissionais da Enfermagem, ouviram queixas e receberam o protocolo de reivindicações da categoria. O Documento elaborado pelo Conselho Regional de Enfermagem, reúne 7 itens primordiais para o avanço na qualidade de trabalho para os profissionais que atuam no SUS no âmbito municipal.

Leia na íntegra, o manifesto do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará:

O Atendimento à Saúde da população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do município, conta em sua força de trabalho com 75% de profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. No entanto, a Pesquisa Perfil da Enfermagem realizada no ano de 2015, pela Fundação Osvaldo Cruz e financiada pelo Conselho Federal de Enfermagem, aponta que no Ceará as condições de trabalho relacionadas à proteção e assistência, mediram alto grau de insatisfação dos profissionais. Segundo a pesquisa, somente 29,01% se sentem seguros no ambiente de trabalho, enquanto 70,99% temem violência externa. A maioria dos entrevistados trabalha em unidades de saúde municipais.

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, como entidade representativa da categoria de ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM que congrega atualmente 62.215 profissionais inscritos, apresenta aos candidatos ao cargo de Prefeito de Fortaleza, rei-

vindicações da classe que para garantir a qualidade do exercício da Enfermagem e do atendimento em Saúde no município de Fortaleza:

1ª. Cumprimento, por parte da gestão, das Portarias e Normativas que regulamentam o exercício profissional da Enfermagem e o funcionamento das Unidades de Saúde Primárias e Secundárias, em especial as referentes à prescrição de medicamentos por enfermeiros, farmácia popular e classificação de risco;

2ª. Coordenação das Unidades de Saúde do Município feita por profissionais técnicos com formação ou embasado conhecimento em Gestão de Saúde e registro de responsabilidade técnica no Coren-CE;

3ª. Implantação imediata das gratificações referentes ao exercício profissional;

4ª. Local de repouso nas Unidades de Saúde do Município em condições de salubridade;

5ª. Segurança armada nas Unidades de Saúde do Município;

6ª. Concurso Público como prioridade da gestão;

7ª. Regulamentação da carga horária de 30 horas semanais para a categoria;

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará deseja que o Prefeito de Fortaleza, possa reconhecer a importância da Enfermagem para a saúde da população, priorizando e cumprindo as reivindicações, que são na verdade, requisitos básicos para a execução digna do exercício profissional e em respeito aos trabalhadores e a população assistida pelo SUS no município. ●

JORNADA DE CENTRO CIRÚRGICO E CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO É MARCADA POR HOMENAGENS

A solenidade de abertura da 14ª edição da Jornada Norte-Nordeste de Centro Cirúrgico e Central de Esterilização, foi marcada pela emoção com a entrega de homenagens à profissionais que se destacam pela atuação em centros cirúrgicos e centrais de esterilização.

A Jornada foi realizada no período de 29 de novembro a 02 de dezembro, em Fortaleza – Ceará, e tem como objetivos ampliar e compartilhar conhecimentos relativos ao paciente cirúrgico, suas interfaces com a Vigilância Sanitária, controle de infecções e proporcionar segurança e satisfação aos usuários e colaboradores dos Serviços de Saúde. A realização é da Associação Brasileira de Enfermagem – Aben-Ceará.

A técnica de Enfermagem Ana Lúcia de Assis, conselheira do Coren-CE, foi uma das homenageadas. A



enfermeira fiscal Sandra Valesca Vasconcelos Fava, representou o presidente do Conselho de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho e levou mensagem de reconhecimento aos profissionais homenageados e aos que atuam nos centros cirúrgicos e centrais de esterilização. ●

CÂMARA TÉCNICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO COFEN SE REÚNE EM FORTALEZA

A Câmara Técnica de Atenção à Saúde do Conselho Federal de Enfermagem (CTAS-Cofen) realizou reunião ordinária em Fortaleza, na sede do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. A CTAS tem entre suas atribuições a tarefa de assessorar a Diretoria e Conselheiros através de pareceres tecnicamente fundamentados sobre assuntos das diversas áreas de atuação, visando o aprimoramento do exercício profissional e garantir respostas e pareceres técnicos fidedignos, agilizando o retorno aos profissionais e instituições.

Participam da reunião a coordenadora da CTAS, Silvia Maria Neri Piedade (RO) e os membros Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia (RJ), Ricardo Costa Siqueira (CE) e Elisabete Pimenta Araújo Paz (RJ). Os membros foram recepcionados pelo presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho e os conselheiros Maria Dayse Pereira e Antônio Mendonça. ●



FISCALIZAÇÃO DO COREN-CE FAZ BALANÇO DAS AÇÕES REALIZADAS EM 2016



O DEFIS – Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, realizou nos dias 20 e 21/12, na sede do Coren-CE, reunião de avaliação das ações deste ano e apresentou planejamento/2017, que deve intensificar a fiscalização em todos os municípios do Estado.

O presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren-CE, Osvaldo Albuquerque, avaliou de forma

positiva o trabalho da equipe que cumpriu todas as metas estabelecidas, enaltecendo o empenho e dedicação.

Adailson Vieira (gerente do Defis) e Mitz Germano (chefe das subseções), também destacaram os esforços dos fiscais que compõem a sede do regional e as subseções do Cariri, Noroeste e Vale do Jaguaribe. ●

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA UNICHRISTUS VISITAM O COREN-CE

Acadêmicos do curso de Enfermagem da Unichristus, conheceram o Conselho Regional de Enfermagem do Ceará em visita técnica à sede da entidade no bairro de Fátima, em Fortaleza. Os alunos cursam o sétimo semestre e foram conhecer as instalações do regional. Na oportunidade, Maria Dayse Pereira, conselheira secretária do Coren-Ce, proferiu uma palestra sobre "Ética na profissão". A visita faz parte da programação do projeto Acolher, desenvolvido pelo regional cearense. As boas vindas aos futuros profissionais de Enfermagem foram dadas pelo presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho.



Visitas ao regional podem ser agendadas através de solicitação enviada para o email: secretaria@coren-ce.org.br ●

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

Artigo Original: Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Artigo de Revisão: Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

Atualidade: Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

Resenha: Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>).

3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedentes por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios ins-

titucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal⁽⁷⁾.

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador⁽¹⁻⁵⁾.

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas”^{1:30-31}.

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: *primeira nota, **segunda nota, ***terceira nota.

Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.

2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.

3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

POR CORREIO COMUM: ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima - CEP: 60.415-000

- Fortaleza-Ceará

POR E-MAIL: retep@coren-ce.org.br ●

UMA PROFISSÃO QUE LIDA COM A VIDA NÃO PODE SER ENSINADA A DISTÂNCIA.



DEBRITO

**FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM, SOMENTE COM ENSINO PRESENCIAL.
O Cofen chama a sociedade para fazer parte dessa luta.**

Trabalhar com enfermagem exige muito mais do que conhecimento. Exige uma prática que você só desenvolve com aulas presenciais e professores sempre atentos ao seu lado. É por isso que o Cofen apoia todas as iniciativas que buscam aumentar a qualidade dos cursos de enfermagem e valorizar cada vez mais a profissão. A discussão já chegou no Congresso Nacional e a sua opinião pode fazer a diferença.

Esta luta também é sua. Participe em: [f/eucurtoaenfermagem](https://www.facebook.com/eucurtoaenfermagem)



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

www.cofen.gov.br

ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x