

**PROCESSO DE CUIDAR BASEADO
NAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
VOL. 3**

**ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS**

epilaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

PROCESSO DE CUIDAR BASEADO NAS NECESSIDADES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE VOL 3.

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P963 Processo de cuidar baseado nas necessidades de saúde da população e na estruturação das políticas de saúde [recurso eletrônico]: vol. 3 / Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2020.
144 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87809-07-6

1. Cuidados de enfermagem – Planejamento. 2. Enfermagem – Prática. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior –CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
Rio de Janeiro / RJ
contato@epitaya.com.br
<http://www.epitaya.com.br>


epitaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

PROCESSO DE CUIDAR BASEADO NAS NECESSIDADES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE VOL 3.



Rio de Janeiro – RJ
2020

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
1º Edição - Copyright © 2020 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.
Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
MARKETING / DESIGN	Gercton Bernardo Coitinho
DIAGRAMAÇÃO / CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

CONSELHO EDITORIAL

COMITÊ CIENTÍFICO	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

PREFÁCIO

Quando Helena me convidou para escrever o prefácio do seu e-book focado nas temáticas do processo de cuidar baseado nas necessidades de saúde da população e na estruturação das políticas de saúde, fiquei muito emocionada e aceitei imediatamente o convite. Contudo, na hora de escrevê-lo 'caí no real'. "Nunca antes fiz um prefácio; como devo proceder para escrever um?"

Decidi então escrever sobre aquilo de que mais adorei no trabalho no e-book, pois é um fruto de uma coletânea organizada a partir dos trabalhos apresentados no 71º CBEN realizado em Manaus no ano de 2019. Nele podemos encontrar trabalhos realizados por enfermeiros, profissionais de saúde e estudantes de todo o Brasil.

Pela leitura das publicações do seu e-book, percebi que as temáticas envolviam um recorte no ensino da Enfermagem e sua profissionalização que hoje ocorreram grandes avanços e cada vez mais há qualificação dos enfermeiros, seja no ensino, na pesquisa, na extensão e nas práticas exitosas em prol da comunidade e compromisso profissional com a sociedade visando a promoção prevenção, recuperação e reabilitação, através de cuidado holístico e de acordo cada demanda do sujeito.

A categoria de Enfermagem ela tem o privilégio de perpassar em toda a pirâmide hierarquização do SUS, usando a Educação em saúde para possibilitar o processo de transformação do usuário que busca o cuidado por excelência, pautado na ética, no respeito, no cuidado fundamentado na ciência e na pesquisa, independente de gênero que será atendendo, fortalecido pelo diálogo e a amorosidade.

Em conclusão, gostaria de agradecer a Helena por me dar essa chance de escrever este prefácio. É uma honra falar da Enfermagem como uma categoria que produz para sociedade produções científicas, visando a transformação da realidade do sujeito com ele e para ela.

Profa Msc. Cleide Gonçalo Rufino

Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Docente no Centro Universitário Augusto Motta

Grupo de Pesquisa Gestão da Formação e Qualificação Profissional Educação e Saúde - UFF

Integrante do Grupo de Trabalho da Diretoria de Educação

da Associação Brasileira de Enfermagem-ABEN/RJ

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro...Isso se faz por e com amor!”

SUMÁRIO

<i>Capítulo 1</i>	09
ENSINO E PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: RESGATE HISTÓRICO	
<i>Alana Ilmara Pereira da Costa; Ideni Pereira Marinelli; Karen Brayner Andrade Pimentel; Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes; Natália Pereira Marinelli; Tarciso Marinelli Filho</i>	
<i>Capítulo 2</i>	19
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM, DIABETES E HIPERTENSÃO: SUBSÍDIOS PARA CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA CUIDATIVA	
<i>Ananda Larrisse Bezerra da Silva; Diurieny Ribeiro Itaparica Vieitas; Cecília Rafaela Salles Ferreira; Francineide Pereira da Silva Pena; Desireé Bezerra da Costa; Crislayne Simões Pereira dos Santos; Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues; Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira</i>	
<i>Capítulo 3</i>	32
SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
<i>Crislayne Simões Pereira dos Santos; Francineide Pereira da Silva Pena; Cecília Rafaela Salles Ferreira; Diurieny Ribeiro Itaparica Vieitas; Desireé Bezerra da Costa; Ananda Larrisse Bezerra da Silva; José Luís da Cunha Pena; Patrícia Rodrigues da Silva</i>	
<i>Capítulo 4</i>	45
PERFIL DE MULHERES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO PRÉ NATAL NO MANEJO DA DOENÇA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
<i>Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes; Ítalo Cesar de Sousa Ribamar; Luciane Costa Assunção; Caio Mendonça Goulart Coêlho; Thuane do Nascimento Bezerra; Kaio Machado Aguiar; Lucas Furtado Barros; Pedro Augusto Silva Januário; Romeu Holanda do Nascimento; Samuel Barros Diniz</i>	
<i>Capítulo 5</i>	55
O AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NA PREVENÇÃO DE LESÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Ana Paula de Brito Oliveira; Ana Paula dos Santos Araújo; Bianca de Oliveira da Silva; Luna Carolina Cardoso Castro; Thaís Divina Trindade da Rocha</i>	
<i>Capítulo 6</i>	65
ATIVIDADE LÚDICA COMO ESTRATÉGIA DE ALEGRAR O PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	
<i>Bianca Cavalcante Áglas; Fernanda Feijó Martins; Glenda Caroline Pereira do Nascimento; Led Daianna Fernandes de Figueiredo; Rodrigo da Silva Martins; Soraia Santos Tatikawa Campos</i>	
<i>Capítulo 7</i>	75
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DURANTE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	
<i>Bianca Cavalcante Áglas; Dalva Moreira da Silva; Glenda Caroline Pereira do Nascimento; Led Daianna Fernandes de Figueiredo; Rodrigo da Silva Martins; Soraia Santos Tatikawa Campos</i>	

<i>Capítulo 8</i>	85
APLICAÇÃO DO EXAME CLÍNICO OBJETIVO ESTRUTURADO (OSCE) NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM	
<i>Rodrigo Francisco de Jesus; Renata Costa Silva; Mariana Lima Amorim; Fabricia Campos Souza Silveira</i>	
<i>Capítulo 9</i>	93
CUIDADO COM A PELE: UMA FERRAMENTA PARA O EMPODERAMENTO DO IDOSO FRENTE À PREVENÇÃO DE <i>SKIN TEARS</i>	
<i>Juliana Balbinot Reis Girondi; Francisco Reis Tristão; Amanda de Souza Vieira; Margareth Linhares Martins; Scheila Monteiro Evaristo; Jordelina Schier</i>	
<i>Capítulo 10</i>	109
A SAÚDE INDÍGENA E OS FATORES ASSOCIADOS AS MORTES POR SUICÍDIO NESSA POPULAÇÃO: UM MATERIAL AUDIOVISUAL	
<i>Karoline Nascimento Souza</i>	
<i>Capítulo 11</i>	126
CAPACITAÇÃO EM HEMODIÁLISE PARA TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Cristian Carla A. Volski Cassi; Caroline Colli; Mireille Janczyk Hereibi; Gisele Szalow de Lima</i>	
<i>Capítulo 12</i>	136
PLÁGIO NO ÂMBITO ESCOLAR – COM ÊNFASE NO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
<i>Simone de Oliveira Paixão; Stefani Balbino Lima Lourenço</i>	

Alana Ilmara Pereira da Costa

Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família/ Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco; Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/ SÍrio Libanês; Enfermeira; Graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (Fundação Municipal de Saúde-FMS) / Teresina- PI

Ideni Pereira Marinelli

Especialista em Saúde Mental; Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial/ Caxias-MA.

Karen Brayner Andrade Pimentel

Mestranda em Saúde e Ambiente/ Universidade Federal do Maranhão (UFMA) Enfermeira; Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes

Doutoranda em Enfermagem/ Universidade Federal do Piauí (UFPI); Mestre em Saúde da Família Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Enfermeira do Centro Especializado em Assistência Materno Infantil (CEAMI)/ Caxias-MA; Docente na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Natália Pereira Marinelli

Doutoranda em Tecnologia e Sociedade; Mestre em Engenharia Biomédica; Enfermeira; Docente do Colégio Técnico de Teresina/ Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Tarciso Marinelli Filho

Especialista em Estratégia Saúde da Família e Saúde pública; Especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Instituto Albert Einstein; Enfermeiro do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)/Caxias/MA

RESUMO

A compreensão da história da Enfermagem abrange a interpretação do cuidado sob o olhar de vivências e memórias dinâmicas. Trata-se de um estudo reflexivo, elaborado para aprofundar a discussão sobre o tema na atualidade, utilizando-se artigos científicos para fundamentação da discussão. A reflexão encontra-se subdividida em quatro tópicos: Aspectos históricos da enfermagem; O Ensino da Enfermagem no Brasil; Situação dos cursos de Enfermagem no Brasil; A formação profissional do enfermeiro no Brasil. A história da enfermagem tem o intuito de explanar a situação vivida e possibilitar um meio de percepção acerca de seus avanços. Florence Nightingale se tornou a matriarca da enfermagem moderna, atribuiu à enfermagem o status de profissão, importante na reorganização da saúde, dos serviços de saúde, a nível mundial. Nos meios científicos sobre Enfermagem, vários documentos, apresentam a Escola Ana Nery, como a escola preambular do Brasil. A qualidade de um curso de graduação em enfermagem é circunda por várias dimensões que se integram e exigem uma ampla visão para obter uma realidade verídica onde esses cursos estão inseridos. Em consideração a expansão de cursos e vagas na área de enfermagem, faz-se necessário a fiscalização da qualidade, dos parâmetros desses cursos, a fim de formar enfermeiros competentes e com perfil que atenda as carências da população. Diante do exposto, resgatar aspectos históricos e iniciais

dos cursos de Enfermagem, traz a significância de tornar viva a história, permitindo a compreensão das mudanças ocorridas ao longo dos anos. Ao se refletir sobre os marcos históricos e tempo transcorrido, bem como todo movimento ocorrido para profissionalização da enfermagem, nota-se que por meio dessas experiências, que hoje os avanços são notórios e cada vez mais há qualificação dos enfermeiros, seja no ensino, na pesquisa, na extensão e nas práticas exitosas em prol da comunidade e compromisso profissional.

Descritores: Enfermagem; História da Enfermagem; Educação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A compreensão da história da Enfermagem abrange a interpretação do cuidado sob o olhar de vivências e memórias dinâmicas. O estopim de muitas práticas de enfermagem e a extensa dedicação para conquista dos ideais tem tornado nobres as tarefas mais comuns, inspirando e empoderando o enfermeiro no âmbito social, despertando-lhes a convicção de serem integrantes do todo (STEWART, 1977).

Conhecer o conteúdo atribuído ao passado traz subsídios para interagir com a situação presente e formular a construção de novos ideais, novas perspectivas e bases teórico-práticas para a situações futuras. É extremamente importante o empoderamento do conhecimento sobre as lutas que foram travadas para que a atual estrutura e o reconhecimento desta área sejam consolidados, a fim de valorizar e contribuir para uma formação de profissionais enfermeiros (OGUISSO; CAMPOS, 2013).

Pode incluir-se o ensino bem como a preservação Histórica- Cultural da Enfermagem no Art. 10. da RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001, onde diz que “as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem nortear o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um delineamento acadêmico e profissional quando se conclui a graduação. Esse currículo deverá cooperar para a percepção, acepção, conservação, fortificação, incentivo e disseminação das culturas nacionais e regionais, internacionais e que retratam a história, em um enredo de multiplicidade e diversidade cultural (BRASIL, 2001).

O objetivo deste estudo é refletir sobre os aspectos históricos e conhecer o percurso do ensino e profissionalização da enfermagem. Acredita-se que esse conhecimento possa mediar e tornar viva a história que leva a compreensão das mudanças ocorridas ao longo dos anos, estimulando a busca da identidade, atribuindo significados, fundamentando a prática do ensino nas instituições e em outros serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo, elaborado para aprofundar a discussão sobre o tema na atualidade, utilizando-se artigos científicos para fundamentação da discussão. A reflexão encontra-se subdividida em quatro tópicos: Aspectos históricos da enfermagem; O Ensino da Enfermagem no Brasil; Situação dos cursos de Enfermagem no Brasil; A formação profissional do enfermeiro no Brasil.

RESULTADOS

Aspectos Históricos da Enfermagem

A história da enfermagem tem como intuito explicar a situação vivida e possibilitar um meio de percepção acerca de sua evolução. O entendimento da cultura, política e da história permite que haja uma progressão dos costumes e uma nova interpretação da assistência em saúde. Na idade média, com a decadência dos grandes impérios, houve a consolidação da religiosidade, marcado principalmente pelo progresso da igreja católica. Esse período também foi também marcado pela ocorrência de epidemias e pestes que foram responsáveis por milhares de mortes. O conceito de doença nesse período a caracterizava como uma sentença, condenação de Deus, remição dos pecados, ou ainda, uma dominação demoníaca. Diante disso, a igreja que amparou o cuidado a esses enfermos como uma prática de compaixão (PADILHA et al., 2018).

É importante ressaltar que em 1820, em uma época que evidenciava ideias liberais e reformistas, onde a educação e a profissão estavam oclusivas, nascia Florence Nightingale, pertencente de uma família rica, da alta sociedade britânica. Recebeu uma educação ampla e extensa, pautada no latim, grego, história, filosofia, matemática, línguas modernas e música, tinha em sua essência uma envoltura, relação com assuntos referentes a sociedade do seu tempo. Repreendia como a educação era proporcionada à mulher. Aos 17 anos compreendeu que tinha uma vocação e que não estava destinada a uma “vida comum”, manteve a sua independência. Tendo o seu primeiro pedido negado, encontrou em Dr. Samuel, médico americano, o incentivo para perdurar, continuar com sua vocação para a enfermagem. Em 1849, aos 30 anos, após visitar a obra do pastor Theodor Fliedner, a ordem das Diaconisas para cuidar dos doentes, que decidiu empenhar-se, dedicar o resto da sua vida à enfermagem. A enfermagem refletia, para ela, uma oportunidade profissional, almejava a prevenção e o foco no enfermo, diferentemente da mentalidade da época que direcionava para a doença e o curar. (LOPES, SANTOS, 2010).

Florence Nightingale se tornou a matriarca da enfermagem moderna, atribuiu à enfermagem o status de profissão, importante na reorganização da saúde, dos serviços de saúde, a nível mundial. Foi vanguardista na concepção de normas e técnicas à assistência aos doentes e ao ambiente. Tendo uma teoria firmada em três eixos: “ambiente e doente, enfermeira com o ambiente e enfermeira com o doente”, o ambiente representava para ela um elemento principal para atuar sobre o enfermo para produzir um estado de saúde-doença. Florence elaborou mais de 200 mil obras (panfletos, livros, relatórios) que se tiveram impactos a nível mundial, sendo considerada “pedra basilar da profissionalização da enfermagem”. Faleceu em 13 de agosto de 1910, aos noventa anos de idade. Atuante até a morte, e conhecida como “a dama da lâmpada”, tornou-se heroína, suas ideias ficaram registradas e influenciam, inspiram a enfermagem moderna, dando-lhe uma nova representação social. (PADILHA et al, 2018).

O cristianismo assegurou as mulheres solteiras e viúvas a possibilidade de proporcionar a realização de ofícios de assistência aos pobres e enfermos. Nesse ambiente surgiram as ordens cristãs, representadas principalmente pelas diaconisas e viúvas. A junção entre o cuidado propiciado pelas essas ordens religiosas e a prática de enfermagem proporcionada por Florence Nightingale (PADILHA et al., 2018).

No Brasil, o início da enfermagem foi marcado pela necessidade de manter as pessoas em pleno estado de saúde, propiciar conforto, e amparo aos doentes, constituindo a imagem folclórica da profissional enfermeira. A ocupação desta profissão era atribuída às mulheres, tidas como as que possuíam desejo e habilidade nata para o cuidado. O conhecimento que era desenvolvido e acumulado por essas mulheres proporcionou a

oportunidade para que outras pudessem adquiri-lo, passando assim, de geração em geração (MASCARENHAS, 2016).

No final da década de 1910, o Brasil se encontrava em um momento de crise social, sensibilização da classe trabalhadora, discussões de temas relacionados a higiene, saúde pública, e o começo do debate sobre a reforma sanitária. O nacionalismo e o higienismo que subsidiaram as proposições dessa reforma influenciaram a mudança da estratégia de ação, substituindo a intervenção em saúde pública de polícia sanitária para educação sanitária. Essa mudança consistiu em um dos principais eixos da política de saúde nos anos 1920 (MASCARENHAS, 2016).

O princípio do trabalho da enfermeira foi envolvido pelo patriotismo e pelo tom religioso. As mulheres escaladas para desempenhar tal papel teriam que desfrutar de habilidades e educação para prestar uma assistência de modo inteligente e humana aos doentes. A enfermeira moderna teria técnicas para atuar na disseminação de doenças e na assistência aos enfermos, no ambiente hospitalar quanto nos domicílios. A partir de então, para exercer a enfermagem, além de dedicação, seria necessários conhecimentos técnicos e orientação científica (MACHADO, 2012).

A história da saúde pública no Brasil encontra dentro dos acontecimentos da Segunda Guerra Mundial grandes desafios para redimensionar o exercício profissional da enfermagem. Foi no Estado Novo (1937- 1945), presidiada por Getúlio Vargas, que a Enfermagem alcançou nova visibilidade, marcando posição de destaque em virtude do redirecionamento dos serviços realizados por visitadoras e educadoras sanitárias, onde houve novas perspectivas de atuação profissional no que diz respeito à administração pública e programas de governo, além da representatividade da enfermagem nos anos de guerra (SANTOS, 2008).

Nessa circunstância, percepções sobre higiene, saúde e patriotismo modificavam atitudes e práticas que culminavam em linguagens, hábitos, costumes e representações sociais. Com a influência do modernismo à profissão, o desenvolvimento da enfermagem no Brasil sofreu modificações, alterando o padrão estabelecido anteriormente. A identidade profissional foi remanejada ao reinserir homens e mulheres negras na profissão (CAMPOS, 2013).

O Ensino da Enfermagem no Brasil

As alterações no campo político e econômico brasileiro em torno do século XIX, implicaram diretamente na saúde. As doenças se encontravam em processo de epidemia no país, condição que dificultava a negociação de produtos brasileiros sujeitos a exportação. Em decorrência disso, foi evidenciada a necessidade de controlar as epidemias, evidenciou a importância de capacitar e treinar profissionais para prestar serviços, a vigilância sanitária dos portos e ao cuidado com a higiene dentária. E nesse contexto, ocorre a institucionalização da educação de Enfermagem no Brasil. (PAIVA, 2011).

A primeira escola de enfermagem brasileira foi oficialmente criada sob o Decreto Federal nº 791 de 27 de setembro de 1890, tendo como objetivo a formação de enfermeiros para atuar nos hospitais civis, militares e hospícios. Apresentado em oito artigos, dispunha sobre o ensino e a prática da assistência no país. E foi oficialmente instituída com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, conforme o decreto acima mencionado. Subsequentemente, esta escola passou a ser nomeada como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. (LEONELLO, 2011).

Nos meios científicos sobre Enfermagem, vários documentos, apresentam a Escola Ana Nery, com fundação em 1923, como a escola preambular do Brasil. Isso pode ser esclarecido por ela ter operada sob orientação e organização de enfermeiras,

diferentemente da Escola profissional de enfermeiros e enfermeiras, onde o quadro de educadores era formado por médicos e supervisores do Hospital a ela filiado. (PERES, 2013).

O estabelecimento do ensino de Enfermagem refletiu não somente no campo de trabalho da Enfermagem, mas também contribuiu ainda mais para o Estado reconhecê-la, como formal. Toda essa nova dinâmica, por mais que fosse de suma importância para o Estado, houve relutância por parte das instituições que anteriormente eram responsáveis pelos serviços. (KLETEMBERG, 2003).

A Enfermagem Moderna teve seu início no Brasil em 1923, por meio da organização do Serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob direção de Carlos Chagas. O ensino de forma sistemática tinha a finalidade de formar profissionais que assegurassem o saneamento urbano, premissa básica para a continuação do comércio internacional, que estava ameaçado pelas doenças epidêmicas. Para capacitar, foram enviadas ao Brasil enfermeiras da Fundação Rockefeller, tendo como propósito a organização do serviço de enfermagem de saúde pública e a direção de uma escola de enfermagem. Esta, foi formada em 1923, mas com funcionamento em 1923, como o nome de Escola de Enfermagem do DNSP. Em 1926, passou a ser nomeada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e em 1931, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. (GALLEGUILLLOS, 2001).

A amplificação da formação de Enfermeiros em nível superior e técnico no Brasil entre 1942 a 1960 foi intensificada pelo Serviço de Saúde Pública (SESP). Este, tendo origem em 17 de julho de 1942, fruto de um acordo entre Estados Unidos da América e o Brasil, no qual foi atribuída a resolubilidade do saneamento do Vale do Amazonas, a capacitação de profissionais para trabalhar em prol da saúde pública e o compromisso em colaborar com o então Serviço Nacional de Lepra. (CARVALHO, 2013).

As estratégias utilizadas por esse serviço para atingir tal objetivo, foi a liberação de bolsas com o intuito de promover a origem de mais cursos de enfermagem, tanto nos Estados Unidos quanto em escolas de Enfermagem Brasileiras, a empenho das enfermeiras do SESP em formar profissionais auxiliares, as visitadoras sanitárias e os auxiliares hospitalares. E além disso, colaborar e cooperar para expandir o ensino da Enfermagem brasileira, incentivando a criação de escolas novas, como também catalisar a implantação de um novo paradigma de prática na profissão de Enfermagem. (RENOVATO, 2008).

Situação dos cursos de Enfermagem no Brasil

A qualidade de um curso de graduação em enfermagem é circunda por várias dimensões que se integram e exigem uma ampla visão para obter uma realidade verídica onde esses cursos estão inseridos. Uma das modalidades do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), no Brasil, é o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) e tem como escopo verificar o desempenho dos acadêmicos levando em consideração os conteúdos programáticos inseridos nas Diretrizes Curriculares, bem como habilidades de acordo com a exigência a medida que o conhecimento vai evoluindo e competências para assimilação de tema extrínseco à profissão. (TRENTINI, 2008).

Com base no censo da Educação superior, entre 2001 e 2011 houve um aumento acréscimo de 393% do número de cursos nas instituições privadas e 122% levando em consideração os cursos públicos. Em 2011, haviam 826 cursos superiores, destes 160 em instituições públicas e 666 em instituições de ensino superior privada. Em 2012 esse quantitativo passou a ser 838 e em 2013 o valor aumentou para 888 cursos. Desse universo, mais da metade da concentração era no eixo sul-sudeste, com 71,2%.

No Brasil, após consulta na base de dados oficial e única de informações relativas às Instituições de Educação Superior e cursos de graduação do Sistema Federal de Ensino (e-Mec), em 2016, há 1031 cursos em atividade, sendo gratuitos ou não, e bacharelado. Destes, 1024 são na modalidade presencial e 7 à distância.

Para um curso de ensino superior obter excelência de acordo com o Ministério da Educação (MEC), faz-se necessário que tenha índices 4 ou 5 no Conceito Preliminar do Curso (CPC), sendo que a escala varia de 1 a 5. Esse Conceito, é um indicador de qualidade que analisa o desempenho dos graduandos no ENADE, a titulação do quadro de docentes, como também a estrutura da instituição de ensino, dentre outras avaliações.

A formação profissional do enfermeiro no Brasil

A certificação do crescimento rápido e desenfreado de cursos, como também da disponibilidade de vagas de graduação em Enfermagem sem uma devida orientação de sua qualidade evidencia uma necessidade de maior realização de estudos sobre Educação em Enfermagem no país. A educação superior se expandiu sob o aumento de instituições superiores, cursos e vagas. Isso reflete no desenvolvimento econômico e social do país. Tendo isso em vista, houve a necessidade de aprovar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que assegurou o aumento em quantidade de instituições superiores no Brasil, levando em consideração a expansão fora dos grandes centros urbanos e nos grandes centros, o aumento das vagas (LAGE, 2015).

A apreensão com o profissional em saúde e com a padronização de seu exercício profissional e consagrada e permanentemente esteve presente na relação das discussões institucionais e dos movimentos sociais. De acordo com plano nacional de graduação, as instituições de ensino superior, devem exceder as atividades que perduram na inflexibilidade dos currículos mínimos, com elevada carga horária, número abundante de disciplinas, cursos constituídos mais na visão corporativista das profissões do que na concepção da atenção para com o âmbito científico-histórico das áreas de conhecimento, do suporte as demandas existentes e da inferência de novas demandas mais adequadas à sociedade.

A formação do enfermeiro transmite o caráter da visão da ciência moderna, fragmentada e disciplinar, manifestada nos currículos desde que a enfermagem se converteu em nível superior, em 1962. Com a apresentação dos currículos mínimos para o ensinamento das carreiras universitárias, em 1960, o Conselho Federal de Educação (CFE), enunciou o parecer nº 271/62, que acarretou alterações no currículo de Enfermagem, de modo a uniformizar as exigências de escolaridade e de idoneidade dos candidatos para integrar-se ao curso que passa a ser de categoria superior. Ademais, a durabilidade passou a ser de três anos letivos, diminuindo assim os estágios, contrapondo a maioria das educadoras enfermeiras.

O curso passou a contar com oito disciplinas obrigatórias: fundamentos de enfermagem, enfermagem médica, enfermagem cirúrgica, enfermagem psiquiátrica, enfermagem obstétrica e ginecológica, enfermagem pediátrica, ética e história da enfermagem e administração em enfermagem (curso geral). Foram agregadas em um quarto ano letivo, opcional, o curso de enfermagem de Saúde Pública e o curso de enfermagem obstétrica, disponibilizando ao graduando duas especializações: enfermeiro de saúde pública e enfermeira obstétrica. A carga horaria total do curso foi de 2.430 horas, e com as especializações de enfermagem e saúde pública e enfermagem obstétrica passou a ser 3.420 horas.

A ABEn se situou contra a estabilização do currículo mínimo, mas os protestos normatizados no CFE não foram atendidas, sendo preservada a graduação do curso em três anos letivos e a exceção das disciplinas enfermagem de saúde pública e ciências

sociais. O destaque passou a ser dado ao ensino das ciências físicas e biológicas, mantendo a perspectiva na visão do homem como ser biológico, além de dissimular o aspecto social da saúde. A convicção do social foi dissolvida em função da concepção exclusiva do biológico, e o ensino girava em torno do acolhimento do doente hospitalizado, sobrelevando as medidas curativas em saúde.

Em 1991, a ABEn elaborou uma sugestão de modificação do currículo mínimo para a formação do enfermeiro, enfatizando o perfil generalista que abrange a competência em quatro áreas: assistencial, gerencia, ensino e pesquisa, respaldando na inferência da educação transformadora ocasionada pela formação de consciência crítica sobre a prática e o compromisso social. Analisou-se, nessa disposição, uma mudança de paradigma na visão do currículo de enfermagem, possivelmente mobilizada pela assunção da Teoria Crítica de Currículo, embora não transparentemente manifesta.

A proposta legislada pela Portaria nº 1.721 e pelo parecer nº 314/94 do conselho federal de educação fixava os mínimos de conteúdos e duração do curso de enfermagem, sendo dois semestres de estágio curricular supervisionado e, pela Portaria nº 01 de 09 de janeiro de 1996 do Ministério da Educação, adaptação então aprovada. De acordo com o parecer CFE 314/94 (1997), o currículo mínimo para o curso de enfermagem passou a ser composto pelas matérias a seguir: bases biológicas e sociais da enfermagem: ciências biológicas (anatomia e histologia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, biofísica, processos patológicos gerais, parasitologia, microbiologia, imunologia, citologia, genética, evolução, embriologia) (OLIVEIRA, 2003).

Além de ciências humanas (antropologia filosófica, sociologia, psicologia aplicada à saúde); fundamentos de enfermagem (história da enfermagem, exercício da enfermagem, epidemiologia, bioestatística, saúde ambiental, noções fundamentais da semiologia, saúde coletiva, metodologia da pesquisa); assistência de enfermagem- estágio supervisionado (clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, materno-infantil, preventivas); administração em enfermagem (processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem. É descrito que o currículo terá um intervalo de tempo de 3.500 horas, no mínimo de quatro anos e no máximo de seis anos letivos. O curso superior passa a ser nomeado curso de graduação em enfermagem.

O Ministério da Educação, em 1996, editou a lei nº 9.394, que estipulou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Com relação a educação de nível superior, ficam definidas as finalidades, extensão dos cursos e a duração, os programas, as prerrogativas, o funcionamento, características, atribuições, competências, e a demarcação de dias letivos.

Tendo em vista a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, bem como o momento de transformação política, a ABEn se instigou para proporcionar o reestabelecimento do processo de formação do enfermeiro no panorama de “formar cidadãos competentes, política e tecnicamente, para intervirem nos diversos contextos da prática profissional e cooperarem para o desenvolvimento social do país”.

Em 1994, criou-se o Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn), vem se estabelecendo em um ambiente para discussão das questões referentes a educação em Enfermagem. Agregado a isso, houve uma grande comoção da enfermagem brasileira para argumentar diretrizes curriculares. Após 14 anos de publicação das diretrizes curriculares nacionais, sendo publicadas inicialmente em 2001 para os cursos de graduação, pesquisas foram realizadas tendo como base a formação como escopo de investigação na defesa dessas diretrizes e dos indicativos dos abundantes registros produzidos na última década.

No Brasil, já se debatem a retificação dessas diretrizes, especificamente na Enfermagem e Medicina, pois já não atendem mais as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), levando a primordialidade de cuidar pela titulação e formação dos

enfermeiros para o SUS. Além disso, levando em consideração a expansão de cursos e vagas na área de enfermagem, faz-se necessário a fiscalização da qualidade, dos parâmetros desses cursos, a fim de formar enfermeiros competentes e com perfil que atenda as carências da população.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, resgatar aspectos históricos e iniciais dos cursos de Enfermagem, traz a significância de tornar viva a história, permitindo a compreensão das mudanças ocorridas ao longo dos anos, estimulando a busca da identidade e atribuindo valores essenciais que fundamentam a prática do ensino na atualidade.

Mediante a reflexão realizada foi possível conhecer o conteúdo atribuído ao passado permite ampliar os subsídios para interagir com a situação presente e formular a construção de novos ideais, novas perspectivas e novas bases para a situação futura. É extremamente importante se empoderar de conhecimento sobre as lutas que foram travadas para que a atual estrutura e o reconhecimento do curso sejam firmados, a fim de valorizar e contribuir para uma formação de enfermeiros devidamente capacitados para suprir em vários âmbitos a necessidade da comunidade.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Ao se refletir sobre os marcos históricos e tempo transcorrido, bem como todo movimento ocorrido para profissionalização da enfermagem, nota-se que por meio dessas experiências, que hoje os avanços são notórios e cada vez mais há qualificação dos cursos de enfermagem, seja no ensino, na pesquisa, na extensão e nas práticas exitosas em prol da comunidade e compromisso profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional De Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: Junho 2020

CAMPOS, P. F. S. **Memorial de Maria de Lourdes Almeida: história e enfermagem no Brasil pós1930**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos. vol.20, no.2, Rio de Janeiro Abril/Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000200609>. Acesso em: Junho 2020.

CARVALHO, G.C. **A saúde pública no Brasil**. Estudos Avançados, v.27, n.78, São Paulo. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002>. Acesso em: Dez 2019.

CABRAL, IE; TEIXEIRA, E; FERNANDES, JD; ANDRADE, AC; SILVA, KL; ROCHA, Memo; LIMA RJ. **Panorama da educação em enfermagem no Brasil**. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 17, 2013 jun 3-5. Anais.Natal: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte, 2013. Disponível em:

<http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/9011me.pdf>. Acesso em: Dez 2020.

GALLEGUILLOS, T. G. B; OLIVEIRA, M. A. C. **A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 35, n.1, São Paulo Mar. 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100013>. Acesso em: Junho 2020.

KLETEMBERG , D. F. ; SIQUEIRA, M. T. A. D. **A criação do ensino de Enfermagem no Brasil**. Cogitare Enferm. (UFPR), Curitiba (PR), v. 8, n.2, p. 61-67, 2003. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjxgMX2oJ7PAhWFjpAKHVfZARAQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ufpr.br%2Fcogitare%2Farticle%2Fdownload%2F1695%2F1403&usq=AFQjCNFkbS1UsazBeNZviLRrRYRxZi-qEQ&bvm=bv.133387755,d.Y2I>>. Acesso em: Dez 2019.

LAGE, T. S. R. Políticas de internacionalização da educação superior na região norte do Brasil: uma análise do Programa Ciência Sem Fronteiras na Universidade Federal do Tocantins. 2015. 182 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Federal do Tocantins. Palmas, 2015. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/141/1/Thelma%20Silva%20Rodrigues%20Lage%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: julho 2019.

LEONELLO, V. M.; NETO, M. V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.2, São Paulo Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40904/44375>>. Acesso em: Junho 2020.

LOPES, L. M. M; SANTOS, S. M. P. **Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna**. Revista de Enfermagem Referência, n. 2, p. 181-189, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a19.pdf>. Acesso em: Dez 2019.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L.S; OLIVEIRA, E. O. **Construindo o perfil da enfermagem**. Enfermagem em Foco, v.3, n.3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <http://enfermagematualizada.com/UserFiles/File/Artigo/ARTIGO_REVISTA_COFEN.pdf>. Acesso em: Junho 2020.

MASCARENHAS, N. B. M; MELO, C. M. M.; SILVA, L. A. **Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925)**. Escola Anna Nery, v. 20, n. 2, Rio de Janeiro, Abril/ Junho. 2020.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S. **Por que e para que estudar história da enfermagem?** Enfermagem em Foco, v. 4, n.1, p.49-53, 2013.

PADILHA, Maria Itayra et al. Enfermagem: história de uma profissão. Difusão Editora, 2018.

PERES, M. A. A. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 90 anos de sua criação. Escola Anna Nery, v.17, n.1, Rio de Janeiro

Jan./Mar. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100001>.
Acesso em: Junho 2020.

RENOVATO, R. D; BAGNATO, M. H. S. **As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (19421960)**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 6, Brasília, Nov./Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600020>.
Acesso em: Dez 2019.

SANTOS, T. C. F; BARREIRA, I. A. **A mulher e a enfermeira na nova ordem social do Estado Novo**. Texto Contexto Enferm, v.17, n. 3, p. 587-93, Florianópolis, Jul.-Set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a21v17n3.pdf>>. Acesso em: Junho 2020.

TRENTINI, Mercedes et al. Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém formados . **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400006. Acesso em: julho 2020

VAZ, F. L. C; DIAS, R. S. **Enfermagem Maranhense: um recorte histórico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 4, n.2, p. 95-111, ago-dez. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/KAREN/Downloads/vol4num2artigo1_2013.pdf>. Acesso em Junho 2020.

VAZ, F. L. C; DIAS, R. S; SILVA, A. C. O; PORTELLA, T. R. A; OLIVEIRA, Cleyciane Rejane Marques. **A Enfermagem Maranhense Numa perspectiva histórica**. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 16, jun. 2011. Anais. Natal: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0085.pdf>>. Acesso em: Junho 2020.

Ananda Larrisse Bezerra da Silva

Enfermeira. Doutoranda da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Enfermeira da Unidade Básica de Saúde UNIFAP
Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Diurieny Ribeiro Itaparica Vieitas

Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)
Enfermeira Assessora Técnica da Empresa Hybrida Hospitalar
Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Cecília Rafaela Salles Ferreira

Enfermeira. Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal
Fluminense (UFF). Enfermeira da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Francineide Pereira da Silva Pena

Enfermeira/Docente. Doutora em Ciências –USP
Professora Associado II do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Universidade Federal do Amapá-UNIFAP

Desireé Bezerra da Costa

Enfermeira. Especialista em saúde coletiva pela Universidade
Federal do Amapá (UNIFAP). Enfermeira do Hospital São Camilo e São Luís.

Crislayne Simões Pereira dos Santos

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva pela UNIFAP
Enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Macapá.

Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues

Enfermeira/Docente. Doutora em Ciências –USP
Professora Adjunto II do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Universidade Federal do Amapá-UNIFAP

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Enfermeira. Professora. Titular da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal Fluminense (UFF)

RESUMO

Introdução: O acompanhamento sistematizado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis é essencial para o controle dessas doenças. As prescrições elaboradas pelo profissional enfermeiro podem contribuir para melhor adesão ao tratamento, pois, proporciona e incentiva o autocuidado. Objetivo: avaliar resultados de prescrições de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica para subsídio de construção de tecnologia cuidativa. Método: pesquisa-ação, com abordagem quantitativa, realizada com 20 pessoas com diagnósticos de diabetes e hipertensão. Para avaliação proposta, utilizou-se uma Escala Likert, onde 1= satisfatória, 2=parcialmente satisfatório e 3=não satisfatório. Resultados: Durante as consultas foram identificados 17 Diagnósticos de Enfermagem, com um total de 32 prescrições realizadas, sendo 30 avaliadas pelo retorno das pessoas. A análise dos dados foi descritiva. Das prescrições avaliadas 53% apresentaram resultado satisfatório, 7% parcialmente satisfatório e 40% não satisfatórias.

Conclusão: As prescrições de enfermagem avaliadas como satisfatórias, estavam associadas às necessidades de saúde evidenciadas, e contribuíram para a construção de uma Tecnologia Cuidativa que atendesse a realidade do atendimento de enfermagem com uso da Sistematização da Assistência em Enfermagem.

Descritores: Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus; Cuidados de enfermagem; Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) vem acometendo mais de 35% da população na faixa etária acima dos 40 anos no Brasil ⁽¹⁾. O acompanhamento sistematizado é essencial para o melhor controle dessas doenças. A melhora da atenção ao tratamento é trabalho complexo, que precisa de análise sistemática das intervenções fundamentada em recursos educativos, tecnológicos, comportamentais da população e do serviço de saúde, ajustadas de acordo com a realidade da população. As prescrições elaboradas pelo enfermeiro podem contribuir para melhorar adesão ao tratamento e ainda, proporciona e incentiva o autocuidado das pessoas, e assim promove a qualidade de vida (QV).

O atendimento às pessoas com HAS E DM2 em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é ofertado de maneira coletiva, visando promover o acesso ao atendimento de um número maior de pessoas cadastradas em um mesmo dia e horários pré-definidos, sendo a assistência centrada na prescrição ou transcrição de receitas, solicitação de exames laboratoriais, deixando de promover a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) devido o curto tempo destinado para realização do atendimento, o qual deveria ser integral a cada uma dessas pessoas⁽²⁾.

A SAE é importante ferramenta metodológica que o enfermeiro dispõe para desenvolver e implementar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos na atenção a pessoa com doenças crônicas e diferenciar sua prática profissional⁽³⁾. Neste entendimento, considerando a relevância da temática para qualidade dos serviços públicos de saúde, o estudo em questão buscou identificar e utilizar os diagnósticos e as prescrições de enfermagem no tratamento das pessoas com DM e/ ou HAS na atenção primária à saúde, contribuindo de maneira clara e objetiva na promoção da saúde dessas pessoas.

Para utilizar a SAE os enfermeiros devem promover atendimento sustentado no princípio orientação teórica que deve considerar a pessoa, a família, o ambiente e/ou a comunidade, somente por meio da identificação dos problemas é possível estabelecer vínculo de confiança entre o enfermeiro e o usuário. Assim, gera possibilidades para pactuar metas em que as prescrições de enfermagem mediarão à ação para o cuidado e o autocuidado, em que a probabilidade de avaliar respostas positivas ou não sobre a SAE. Neste contexto, o objetivo do estudo foi avaliar resultados de prescrições de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica e assim, ofertar subsídios para construção de uma tecnologia cuidativa.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa-ação quantitativa que utilizou a SAE, como ferramenta para a prática da assistência de enfermagem. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada dentro *campi* Marco Zero da Universidade Federal do Amapá, Macapá- AP, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018.

Participaram do estudo 20 pessoas com HAS e/ou DM, amostra por conveniência, no entanto, seguindo os critérios de inclusão: ter o diagnóstico de DM e HAS ou as duas

associadas; concordarem em comparecer em consultas agendadas com o enfermeiro; ter mais de 18 anos, e como critérios de exclusão: não comparecimento na consulta subsequente para avaliar se houve resolubilidade nos DE elencados.

Para coleta dos dados foi utilizada como instrumento a ficha da consulta de enfermagem para saúde do adulto e do idoso ⁽⁴⁾ para levantamento do histórico: identificação, hábitos de vida, antecedentes, histórico atual, exame físico, sentimento e comportamento, exame de rotina, encaminhamentos, terapia medicamentosa, escore de Framingham para HAS e estrato de risco para DM; foi acrescentado DE e a PE realizada. Uma cópia da PE era entregue à pessoa consultada, era orientada a trazer a prescrição recebida na consulta de enfermagem subsequente, para ser avaliada em conjunto com o enfermeiro, avaliando e registrando o que foi e o que não foi possível cumprir.

Os dados foram armazenados em planilha no Excel-2010. Realizou-se análise descritiva, sendo que para as variáveis quantitativas calculou-se o percentual e para as variáveis qualitativas efetuou-se uma análise de frequência.

Como referência para a identificação dos DE e PE utilizou-se a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), e a taxonomia *Nursing Outcomes Classification* (NOC) sendo utilizadas de acordo com a necessidade da pessoa. Adotaram-se códigos (P1, P2, P3 até P32) para identificar as prescrições. As PE foram avaliadas de acordo com a Escala do tipo Likert, em que 1= Satisfatoriamente, 2= Parcialmente Satisfatório e 3= Não Satisfatório.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNIFAP, atendendo às recomendações da Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Predominou o sexo feminino (70%), idade acima de 60 anos (45%), a ocupação esteve entre do lar (20%) e aposentado (20%), a renda entre um a três salários mínimos (75%), católicos (40%), casados (30%) ou vivia em união estável (30%), com ensino fundamental completo (50%) (Tabela 1).

Tabela1- Distribuição das variáveis sociodemográficas. Macapá, AP, Brasil, 2018. (N=20)

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	14	70%
	Masculino	06	30%
Idade	18 a 40 anos	03	15%
	41 a 59 anos	08	40%
	Acima de 60 anos	09	45%
Profissão	Do lar	4	20%
	Aposentado	4	20%
	Cozinheiro	3	15%
	Não informado/ Outro	9	45%
Renda	1 SM	3	15%
	1 a 3 SM	15	75%
	3 SM	2	10%
Religião	Católico	8	40%
	Evangélico	5	25%
	Não informada	3	15%
	Outros	4	20%
Estado civil	Solteiro	3	15%
	Casado	6	30%
	União estável	6	30%
	Divorciado	2	10%
	Viúvo	3	15%

Moradia	Alvenaria	14	70%
	Madeira	5	25%
	Mista	1	5%
Mora	Companheiro e filhos	11	55%
	Filhos	4	20%
	Pais	1	5%
	Sozinho	2	10%
	Outros	2	10%
Escolaridade	Analfabeto	3	15%
	Ensino fundamental	10	50%
	Ensino médio	3	15%
	Superior	4	20%
Saneamento	Água encanada	12	60%
	Poço artesiano	4	20%
	Poço amazonas	4	20%

Os dados referentes aos antecedentes pessoais, apontaram dez (50%) dos participantes tinham apenas HAS, três apenas DM (15%) e sete (35%) tinham HAS e DM. Em relação aos sentimentos e comportamentos, 15 (75%) relataram sentir preocupação recorrente, dez (50%) tristeza, nove (45%) referiram diminuição da libido, cinco (45%) referiram choro fácil, três (15%) a ideação suicida e três (15%) sentimentos de tristeza e mau humor.

Durante a consulta de enfermagem, foram identificados 17 DE. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos DE identificados.

Tabela 2 - Diagnósticos de Enfermagem identificados em pessoas com DM/HAS, Macapá/AP, 2018.

Código do DE	Diagnóstico de Enfermagem	N	%
(00168)	Estilo de vida Sedentário	7	35%
(00232)	Obesidade	6	30%
(00179)	Risco de Glicemia Instável	4	20%
(00233)	Sobrepeso	3	15%
(00078)	Controle Ineficaz da Saúde	3	15%
(00095)	Insônia	2	10%
(00177)	Sobrecarga de Estresse	2	10%
(00204)	Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	1	5%
(00093)	Fadiga	1	5%
(00085)	Mobilidade física prejudicada	1	5%
(00097)	Envolvimento em atividades de recreação diminuído	1	5%
(00047)	Risco de integridade da pele prejudicada	1	5%
(00153)	Risco de baixa autoestima situacional	1	5%
(00257)	Síndrome do Idoso Frágil	1	5%
(00131)	Memória prejudicada	1	5%
(00063)	Processo familiares disfuncionais	1	5%
(00234)	Risco de sobrepeso	1	5%
Total		17	100%

A Tabela 3 apresenta a avaliação dos DE identificados no decorrer das consultas de enfermagem subsequentes, mensurando quantas pessoas conseguiram realizar as prescrições, o quantitativo de avaliações, e se foi satisfatória, parcialmente satisfatória ou não satisfatória, conforme a escala de likert. Na primeira consulta foi realizada 32 PE, destas 21 foram avaliadas e reavaliadas atendendo ao critério de inclusão de retorno do paciente, algumas prescrições reavaliadas mais de uma vez, contabilizando 30 PE reavaliadas.

Tabela 3 – Avaliação das Prescrições de Enfermagem para pessoas com Diabetes Mellitus/Hipertensão Arterial Sistêmica, Macapá/AP, 2018.

Prescrições de enfermagem	DE (s)	Avaliação (n)
P1- Encorajar o paciente a deambulação/caminhada até o nível de tolerância. Registrar hora e tempo de deambulação/caminhada.	Perfusão Tissular Periférica Ineficaz (00204)	Parcial Satisfatório (1)
P2-Somente deitar-se na cama quando estiver com sono; se comunicar mais com seus familiares; não usar computadores e aparelhos eletrônicos na cama.	Insônia (00095)	Satisfatório (1)
P3-Evitar bebidas com cafeína no horário da tarde e noite.	Insônia (00095)	Satisfatório (1)
P4-Monitoramento de glicemia capilar segundo a SBD (2018): DM2 NÃO INSULINIZADO: Segunda (Antes do café, Antes do almoço e Antes do jantar); Quarta (Antes do café, Antes do almoço e Antes do jantar).	Risco de Glicemia Instável (00179)	Não Satisfatório (1)
P5 – Pesquisar sobre o que DM e trazer as anotações na próxima consulta.	Controle Ineficaz da Saúde (00078)	Não Satisfatório (1)
P6-Verificar glicemia em jejum na segunda, quarta e sexta em uma semana.	Estilo de vida Sedentário (00168)	Satisfatório (2)
	Risco de glicemia instável (00179)	Parcial Satisfatório (1)
P7-Planejar o preparo das alimentações com antecedência; Dar preferência ao consumo de frango e peixe, remover a gordura e pele.	Sobrepeso (00233)	Satisfatório (2)
	Obesidade (00232)	Não satisfatório (1)
P12-Incentivar a leitura acerca do Diabetes e Hipertensão, trazer informações e perguntas a respeito.	Controle Ineficaz da Saúde (00078)	Não Satisfatório (1)
P13- Estabelecer horário regular para o exercício com a meta de 3 a 5 vezes por semana, com duração de 15 minutos inicialmente, aumentando frequência e intensidade gradualmente, anotar frequência semanal e duração em diário.	Risco de Glicemia Instável (00179)	Satisfatório (2)
	Risco de sobrepeso (00234)	Não Satisfatório (2)
	Sobrepeso	
	Estilo de vida Sedentário (00168)	
P15- Evitar se aborrecer facilmente, controlar a ansiedade com exercício de Inspiração e Expiração.	Sobrecarga de Estresse (00177)	Não Satisfatório (1)
P17- Mudanças de hábitos alimentares (Diminuir a quantidade de óleo nos alimentos, reduzir a ingestão de sal e açúcar, consumir frutas e verduras)	Obesidade (00232)	Não Satisfatório (1)
P18-Pratica de atividade física (Realizar caminhada 3 vezes na semana)		Satisfatório (2)
P19-Realizar diário alimentar de todas as suas refeições do dia trazer na próxima consulta. Continuar com as caminhadas de 30 minutos.	Obesidade (00232)	Satisfatório (1)
P23-Promoção do Exercício (Realizar caminhada leve de 30 minutos todos os dias para fortalecimento muscular e articular)	Mobilidade física prejudicada (00085)	Satisfatório (1)
P24-Escutar músicas que o agrada, buscar participar de grupos de acordo com sua idade, reunir-se com amigos e familiares para conversar.	Envolvimento em atividades de recreação diminuído (00097)	Satisfatório (1)
P25-Hidratação (Utilizar hidratante corporal após o banho, enxugar com delicadeza e qualidade as regiões com curvas e aumentar a ingesta hídrica).	Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	Satisfatório (1)

P26- Estado Circulatório (Elevar os membros inferiores ao final do dia e realizar massagem suave com hidratante após o banho)	Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	Não satisfatório (1)
P29 -Ofertar mais acessibilidade dentro do lar como exemplo a instalação de barras nas paredes dos ambientes, retirar tapetes e ofertar um bastão guia.	Síndrome do Idoso Frágil (00257)	Não Satisfatório (1)
P30-Orientação para realidade (adquirir um caderno para anotações das principais informações do dia as quais não pode esquecer)	Memória prejudicada (00131)	Não satisfatório (1)
P31-Encaminhada para consulta com psicólogo; orientada a promover uma reunião familiar.	Processo familiares disfuncionais (00063)	Não satisfatório (1)
P32-Somente deitar-se na cama quando estiver com sono; se comunicar mais com as pessoas.	Risco de sobrepeso (00234)	Satisfatório (2)

Das prescrições avaliadas, (53%) foram satisfatórias, isto é o participante conseguiu colocá-la em prática e apresentou melhora no diagnostico elencado na primeira consulta (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação das prescrições de enfermagem, Macapá/AP, Brasil, 2018. (N=20)

Avaliação	N	%
Satisfatórias	16	53
Parcialmente satisfatória	2	7
Não satisfatória	12	40
Total	30	100

A partir das avaliações das PE, foi realizado a sistematização dos resultados, que possibilitou a construção de uma Tecnologia Cuidativa⁽⁵⁾, subsídio para execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, durante a consulta de enfermagem à pessoa com DM e/ou HAS na Atenção Primária à Saúde (Figura 1).

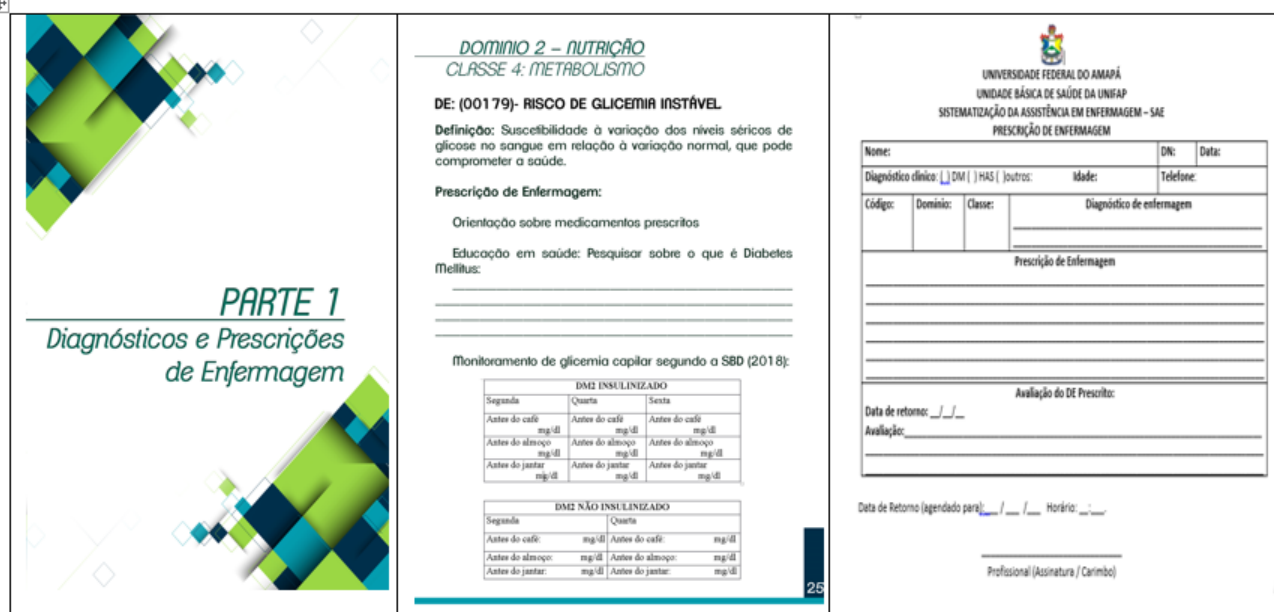


Figura 1: Imagens do manual de Prescrições de Enfermagem.

DISCUSSÃO

A estimativa do quantitativo mundial de pessoas com doenças crônicas, tem se apresentado em crescimento alarmante na população adulta e idosa. Relacionado à prevalência de doenças crônicas entre homens e mulheres, não existe dados na literatura que comprovem esse fato, no entanto, estudos revelam que há maior busca pelas mulheres pelos serviços de saúde do que os homens⁽⁵⁾, em especial da atenção primária o que facilita o diagnóstico da doença, esse dado corrobora com os resultados do estudo em questão, em que a maioria dos participantes é do sexo feminino. A relação dos homens com a atenção primária ainda precisa ser mais estudada. Esse sentimento está intrínseco no comportamento masculino que o acesso aos serviços de saúde é algo tipicamente feminino. Assim, a menor prevalência de DM e HAS em homens podem ser devido ao viés de sobrevivência e ao próprio desconhecimento da doença, refletidas na subnotificação do diagnóstico⁽⁶⁾.

A inserção dos participantes no mercado de trabalho informal se apresentou nas maiores frequências de respostas foram do lar (20%) e aposentados (20%). Um estudo delimitou o perfil de pessoas com DM e HAS, identificaram como as principais ocupações, donas de casa (11,18%), entretanto, com valores inferiores ao do presente estudo⁽⁷⁾

Em relação à renda, maioria possuía renda entre 1 a 3 salários mínimos (75%), dado corroborado pela literatura que demonstra prevalência de (45,3%) com renda média de 1 a 3 salários mínimos⁽⁸⁾. Estudo em que avaliou a QV de pacientes crônicos com diabetes e hipertensão no Irã, observou que (46,9%) possuíam uma situação econômica insatisfatório⁽⁹⁾.

Sobre o estado civil, a maior parte vivia com companheiros sendo casados (30%) e outros em união estável (30%), os dados condizem com o resultado encontrado na literatura por outro autor onde (58,7%) de uma população investigada referiram ter um companheiro⁽¹⁰⁾. A ausência de um companheiro para uma pessoa com doença crônica, pode ser prejudicial para os cuidados com a saúde e para a percepção da QV. A presença de um companheiro e de seu apoio nesse processo de adoecimento têm se demonstrado benéfica para a QV⁽¹¹⁾.

Sobre as condições de moradia houve predomínio de residir em casas de Alvenaria (70%). Um estudo constatou valor acima do constatado no presente estudo com (83,5% n=633) dos seus participantes residindo em casa de tijolo e (10,7% n=81), em casa de madeira⁽⁶⁾. Quando indagados com quem moravam, a maioria respondeu que era com companheiro e filhos (55%).

O grau de escolaridade, no presente estudo metade possuíam até 8 anos de estudo, há maior predomínio de HAS e DM em pessoas com menor grau de escolaridade, observa-se que essas doenças são particularmente elevadas em pessoas com até oito anos de estudo⁽¹⁰⁾.

Os sentimentos expressados pelos participantes (75%) referiram recorrência de alguma preocupação. Dados semelhantes foram encontrados na literatura, onde os participantes mencionaram sentimentos de preocupação e ansiedade, este sentimento pode estar ligado tanto ao diagnóstico como a vida cotidiana⁽¹²⁾. Estudo realizado com pessoas com DM no México identificou que (31,8%) dos participantes apresentavam alto grau de estresse emocional relacionado ao diabetes⁽¹³⁾.

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, nas quais o acompanhamento da pessoa com doença crônica deve ser realizado na atenção básica, por uma equipe multiprofissional⁽¹⁴⁾, possibilitou no momento da consulta de enfermagem identificar os DE e as PE.

Uma das prescrições frequentes foi relacionado à prática de atividade física, P13 “Estabelecer horário regular para o exercício com a meta de 3 a 5 vezes por semana, com

duração de 15 minutos inicialmente, aumentando frequência e intensidade gradualmente, anotar frequência semanal e duração em diário” foi realizada por (20%) dos participantes, vale ressaltar que antes estas pessoas apresentavam comportamento sedentário.

Há evidências na literatura que a baixa atividade física entre adultos se tornou problema de saúde pública, indicando que (75%) da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física⁽¹⁵⁾; e o estudo do perfil clínico-epidemiológico em UBS- Alagoas, mostrou que (64,7%) eram sedentários⁽¹⁶⁾. Fatores associados a QV de pessoas com DM assistido por equipe de estratégia saúde da família, constatou que o sedentarismo e a obesidade influenciaram negativamente a QV e são fatores modificáveis⁽¹⁷⁾, em que o enfermeiro pode por meio do DE acompanhado pela PE, pode estar contribuindo para esta modificação e promovendo QV no grupo de pessoas com DM e HAS.

As prescrições P7, P17, P18, P19 e P32 estão relacionadas a alimentação foram elaboradas para os diagnósticos de sobrepeso, obesidade e risco de sobrepeso. As prescrições P7, P18, P19 e P32 alcançaram níveis satisfatórios entre os participantes para os quais foram prescritas. A P17 foi avaliada como não satisfatória, acredita-se que esteja associado à dificuldade em exercitar a mudança de hábitos alimentares. Considerando que os DE obesidade e o sobrepeso apresentam frequência permanente em pessoas com doença crônica em especial HAS e DM, a mudanças de hábitos alimentares entre estas pessoas é imprescindível. Estudo entre pessoas com DM na Itália a frequência de obesidade foi de (52%)⁽¹⁸⁾, e no estudo realizado na mesma UBS do presente estudo, identificou nas pessoas com HAS frequência de DE de Obesidade (40%) e sobrepeso (48%)⁽¹⁹⁾.

As intervenções relacionadas aos hábitos alimentares pessoas atendidas em UBS são essenciais para prevenir complicações futuras. Realizar ações de promoção da saúde no âmbito do estímulo à alimentação saudável e prática de exercício físico faz parte da prática assistencial do enfermeiro na APS. O aumento do consumo de alimentos pouco saudáveis tem relação direta com o aumento na prevalência da HAS e do DM⁽²⁰⁾.

As prescrições P4 e P6 apresentam relação entre si (monitorização da glicemia), sendo que a primeira foi avaliada como não satisfatória e a segunda parcialmente satisfatória. Os participantes do estudo em questão demonstraram dificuldade na realização dessas prescrições, supõe-se que em sua maioria, não demonstram destreza e confiança em realizar a verificação de glicemia capilar. Diante deste fato, é necessário enfatizar a importância da educação em saúde voltada para o controle glicêmico das pessoas com DM. Dados contrários ao do estudo em questão foram identificados na literatura, pois há estudo, que evidenciou a maioria das pessoas com DM acompanhados conseguiram “avaliar o açúcar no sangue” e “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado”⁽²¹⁾. Considera-se, que o enfermeiro é habilitado para motivar os pacientes a reconhecer a monitorização da glicemia capilar como ferramenta imprescindível para o controle da doença e para autocuidado.

Já as prescrições P5 e P12 cujo objetivo incentivar a compreender melhor a doença, ambas consideradas não satisfatórias, pois no retorno não haviam realizado. A falta de conhecimento sobre a doença é um evento conhecido pela maior parte dos enfermeiros. Os objetivos da educação em diabetes e hipertensão incluem não apenas fornecer conhecimentos e habilidades, mas também influenciar mudança no comportamento da pessoa, estimulando sua motivação para cumprir as recomendações terapêuticas, melhorando sua qualidade de vida⁽²²⁾.

As prescrições P15 e a P24 estão planejadas e elaboradas para contribuir na diminuição dos níveis de estresse e a promoção da saúde mental; a primeira foi avaliada como não satisfatória e a segunda como satisfatória. Sentimentos negativos precisam ser abordados e trabalhados com a pessoa com condição crônica e a sua família⁽¹⁴⁾. O

estresse, além de gerar sofrimento emocional, possivelmente influencia de forma negativa a QV da pessoa e da família, e ainda contribui para complicações agudas e/ou crônicas do DM/HAS de maneira progressiva, acentuada, no estado de ânimo da pessoa e na adesão ao tratamento da doença como um todo ⁽²³⁾.

As prescrições P2 e P3 estão planejadas e elaboradas para o diagnóstico de insônia, ambas foram consideradas satisfatórias. A pessoa com doença crônica deve ser tratada na sua integralidade, pois os fatores como os que afetam o sono podem gerar graves consequências. Desse modo, a dificuldade em manter o padrão de sono para as pessoas com DM pode significar mais do que cansaço no dia seguinte, uma vez que o padrão do sono inadequado e irregular interfere no controle metabólico, na produção de glicocorticoides e da glicemia, e no aparecimento da resistência à insulina ⁽²⁴⁾. As pessoas com HA apresentam maior predomínio de distúrbios do sono, como a insônia, podendo estar associado a redução de circulação cerebral em alguns locais e aumento do fluxo sanguíneo em áreas isoladas, essas mudanças podem com o tempo causar alterações cognitivas, levando a insônia, e também algumas medicações podem piorar esse quadro de insônia⁽²⁵⁾.

Neste contexto,

A integralidade pressupõe pensar que as mudanças relacionadas ao processo de adoecimento crônico são constantes, permeando a transformação do modelo de cuidado, que amplia o olhar para o perfil da pessoa com DM e sua família, e intensifica o olhar para a adaptação dinâmica como uma das necessidades a serem satisfeitas. Dessa forma, uma das competências da enfermagem é estudar redes de apoio social, criando possibilidades de contribuir para a mobilização dos integrantes dessas redes, na perspectiva da integralidade do cuidado (PENA, 2017, p. 127)⁽²⁶⁾.

As prescrições P1 e P26 estão planejadas e elaboradas a circulação sanguínea periférica; a P25 está planejada e elaborada a integridade da pele. Na avaliação somente P25 foi considerada como satisfatória. As pessoas com DM e HÁ apresentam tendências ao comprometimento circulatório, o enfermeiro deverá ter atenção às mudanças de coloração da pele, como cianose ou palidez, e a temperatura de extremidades, que sugere problemas na circulação sanguínea periférica, cuja causa seja vasoconstrição e isquemia das regiões periféricas, capaz de comprometer a saúde ⁽²⁷⁾. A neuropatia diabética é a complicação mais comum para pessoas com DM e compreende um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico ⁽¹⁴⁾.

A prescrição P29 planejada e elaborada a acessibilidade para o DE da síndrome do idoso frágil foi considerada insatisfatória. Para a efetivação desta prescrição as adaptações nas residências dos participantes se fazem necessárias para manter a mobilidade segura dos mesmos, acredita-se que os fatores financeiros, apoio familiar, entre outros estejam envolvidos para efetivação da PE. Percebe-se que estes fatores devem estar nas pautas de discussão da equipe multiprofissional quando a meta é atender a integralidade do paciente, embora, a dificuldade de discutir e identificar soluções de fatores como os citados, que se configuram em determinantes sociais para promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas com DM e HA, se mostra como necessidade em saúde para as equipes que atendem na APS as pessoas com as doenças crônicas, exercitem junto com os pacientes e familiares, na tentativa de motivar a melhora dos ambientes para melhor atender o autocuidado.

As prescrições P30 “Orientação para realidade (adquirir um caderno para anotações das principais informações do dia as quais não pode esquecer)” e P31 “(encaminhada para consulta com psicólogo; orientada a promover uma reunião familiar)”, na avaliação estiveram como insatisfatória. Pressupõe-se que o fato do não exercício de fixar

informações importantes, bem como a percepção inadequada da consulta com o psicólogo e reunir a família para discutir problemas intrínsecos a ela, a saúde de um membro familiar; isso mexe com o medo de expor situações que podem estar comprometendo a saúde deste paciente que está na rede de atenção primária⁽²⁷⁾. Esse fato deve ser trabalhado, até que se consiga convencer a importância destas prescrições serem praticadas para influenciar de forma positiva a melhora do controle da doença, a qualidade de vida, e a relação familiar, a qual se constitui no melhor apoio social tão necessário para o enfrentamento e para o autocuidado em DM e HA.

CONCLUSÃO

Os principais DE identificados se apresentaram associados ao estilo de vida, em que inclui sedentarismo, obesidade, sobrepeso, neste sentido, houve planejamento e elaboração das prescrições para os DE. A avaliação das prescrições, constatou que metade foi avaliada como satisfatória, ou seja, passível de realização. Entretanto, parcela significativa das PE foi avaliada como não satisfatória, o que implica rever, reelaborar e renegociar com a pessoa que passar pela consulta de enfermagem, haja visto que foram planejadas e elaboradas para DE identificados, e que fazem parte do grupo atendido na UBS em que se realizou o estudo. A Tecnologia elaborada a partir deste estudo subsidiará a proposta de rever, reelaborar e renegociar. Identifica-se como limitações do estudo o número pequeno de participantes, devido à falta de adesão dos mesmos ao acompanhamento com a equipe de enfermagem, mas, não invalida os resultados alcançados. No entanto, o estudo funcionou como linha de base para construção da TC e para as prescrições vivenciadas em sua realidade.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência em Enfermagem-SAE quando se faz prática põe em evidência o serviço/cuidado de enfermagem, isso implica em reconhecimento pelas pessoas que passam pela consulta de enfermagem, dito isso, a contribuição ocorreu no gerenciamento do cuidado da pessoa na atenção primária à saúde e ainda, no fortalecimento e no avanço da enfermagem como ciência.

REFERÊNCIAS

1. Stoiano M, Simões VF. In: Anais XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde. [Internet]. 2016 [citado 2018 dec 04]. Available from: sms.sp.bvs.br/lilddbi/docsonline/get.php?id=8966.
2. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. Rev latinoam enferm. [Internet]. 2017 [citado 2018 dec 03]; 25:(e2882). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100309&lng=em.
3. Pivotto F, Lunardi Filho WDL, Lunardi VL. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. Cogitare enferm. 2004 [citado 2018 dez 04]; 9(2), 32-42. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1714/1422>.

4. FERREIRA, CRS; SILVA, M.P.. Estratificação de risco na organização do atendimento à saúde da pessoa com Diabetes Mellitus. 2017. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unifap.br:80/jspui/handle/123456789/134>.
5. FERREIRA, C.R.S; SILVA, A.L.B.S; VIETAS, D.R.I.; SANTOS, C.S.P.; BEZERRA, D.C.; SILVA DA, P.R.; PENA, F.P.S. Manual sobre diagnóstico e prescrição de enfermagem na atenção à pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial. In: TEIXEIRA, E. (org) Desenvolvimento de Tecnologias cuidativo-educacionais. Porto Alegre: Moriá editora, 2020. p:189-201,v.II
6. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. *Physis*. 2011 [citado 2018 dez 03]; 21(1): 113-128. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000100007&lng=en_
7. Tortorella CCS, Corso ACT, Gonzáles-Chica DA, Melhen ARF. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. *Epidemiol serv saúde*. 2017 [citado 2018 dez 03]; 26(3): 469-480. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300469&lng=en.
8. Pozzobon A, Hoerlle JL, Carreno I. Prevalência e perfil sociodemográfico de diabetes e hipertensão em indivíduos do sistema de informação da atenção básica. *Rev bras promoç saúde (Impr.)*. 2014[citado 2018 dez 04] 27(3):295-302. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2821/0>.
9. Destri K, Zanini RV, Assunção MCF. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013. *Epidemiol serv saúde* 2017 dez [citado 2018 dez 02];26(4): 857-868. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2237-96222017000400857&lng=en>.
10. Siboni FS, Alimoradi Z, Atashi V, Alipour M, Khatooni M. Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors. *Int J Prev Med*. 2019; 10: 65.
11. Fagundes CN, Corso ACT, González-chica DA. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos cadastrados na atenção básica em saúde, Florianópolis – sc. *Rev Pesq Saúde*. 2017[citado 2018 dez 03];18(1):28-34. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/7877>.
12. Jesus NM, Souza GF, Mendes-Rodrigues C, Almeida Neto OP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. *J Bras Nefrol*. 2019 [citado 2019 abr 03]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019005004104&lng=pt.
13. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev latinoam enferm*. [online].

2007 [citado 2018 dez 03] ;15(6): 1105-1112. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S010411692007000600008 &lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S010411692007000600008&lng=en).

14. Gómez-Pimienta E, González-Castro TB, Fresan A, Juárez-Rojop IE, Martínez-López MC, Barjau-Madrugal HA, et al. Decreased Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus Is Associated with Emotional Distress. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 [cited 2019 jul 30]; 16, 2652.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: 2014.

16. Anil OM, Yadav RS, Shrestha N, Koirala S, Shrestha S, Nikhil OM, et al. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Apparently Healthy Urban Adult Population of Kathmandu. *J Nepal Health Res Counc*. 2019 Jan 28;16(41):438-445.

17. Ferreira R, Padilha B, Pedrosa Y, Ferreira R, Cabral P, Vasconcelos S. Perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hipertensão atendidos na atenção básica do estado de Alagoas. *Medicina (Ribeirao Preto, Online)*. 2018 [citado 2018 dez 02]; 50(6):349-57. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/146411>.

18. Oliveira BG, Bomfim ES, Ribeiro IJS, Carmo EA, Boery RNSO, Boery EN. Fatores associados à qualidade de vida de indivíduos acometidos por diabetes mellitus. *Rev baiana enferm*. 2017;31(4):e21481.

19. Petronia ML, Barbantia FA, Bonadonna R, Brunoc G, Calettia MT, Crocid M, et al. Dysfunctional eating in type 2 diabetes mellitus: A multicenter Italian study of socio-demographic and clinical associations. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 2019 [cited 2019 jul 30] 19. pii: S0939-4753 (19).DOI://doi.org/10.1016/j.numecd.2019.06.006.

20. Mendes F, Silva MP, Ferreira CS. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2018 [citado 2018 dez 03];8(1):91-101. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/3482>.

21. Veira VAS, Azevedo C, Sampaio FC, Oliveira PP, Moraes JT, Mata LRF. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. *Rev. baiana enferm*. 2017;31(4):e21498.

22. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti ML. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev gaúch enferm*. 2014 [citado 2019 mar 15];35(4):42-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472014000400042&lng=en.

23. Świątoniowska N, Sarzyńska K, Szymańska-Chabowska A, Jankowska-Polańska B. The role of education in type 2 diabetes treatment. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019 May; 151:237-246. DOI: 10.1016/j.diabres.2019.04.004.

24. Ohno PM, Couto LDS, Teodoro MLM. Cognições Disfuncionais em Pessoas com Diabetes Mellitus: Uma Revisão da Literatura. *Rev Eletrônica de Psicologia, Educação e Saúde*. 2018 [citado 2018 dez 03]; 8(1): 20-34. Disponível em: <https://revistaepsi.com/artigo/2018-ano8-volume1-artigo2/>.
25. Cunha MCB, Zanetti ML, Hass VJ. Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2. *Rev latinoam enferm.[online]*. 2008 [citado 2018 dez 03];16(5):850-855. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500009&lng=en.
26. PENA, F.P.S. Resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus à luz da promoção da saúde. 186 p. São Paulo, 2017. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2017.
27. Hanus JS, Amboni G, Rosa MI, Ceretta LB, Tuon L. Características e qualidade do sono de pacientes hipertensos. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [citado 2018 dez 03];49(4):0596-0602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400596&lng=en.
28. Moreira RAN, Barros LM, Rodrigues ABR, Caetano JA. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Rene (Online)*. 2013 [citado 2018 dez 04];14(5):960-70. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3629>.

Crislayne Simões Pereira dos Santos

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva pela UNIFAP
Enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Macapá

Francineide Pereira da Silva Pena

Enfermeira. Doutora em Ciências – Universidade de São Paulo – USP
Docente – Universidade Federal do Amapá

Cecília Rafaela Salles Ferreira

Enfermeira. Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal
Fluminense (UFF). Enfermeira da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Diurieny Ribeiro Itaparica Vieitas

Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)
Enfermeira Assessora Técnica da Empresa Hybrida Hospitalar
Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Desireé Bezerra da Costa

Enfermeira. Especialista em saúde coletiva pela Universidade
Federal do Amapá (UNIFAP). Enfermeira do Hospital São Camilo e São Luís

Ananda Larrisse Bezerra da Silva

Enfermeira. Doutoranda da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UNIFAP)
Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

José Luís da Cunha Pena

Enfermeiro. Doutor em Ciências – Universidade de São Paulo – USP
Professor do Magistério Superior Associado II
Universidade Federal do Amapá

Patrícia Rodrigues da Silva

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública (UNITER)
Enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UNIFAP)
Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

RESUMO

Objetivo: Identificar diagnósticos de enfermagem em Idosos, subsidiado na aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem e na escala de atividade de vida diária. Método: Estudo do tipo pesquisa-ação, descritivo com abordagem quantitativa; realizado em uma unidade básica de saúde, cuja amostra constituiu-se de 18 idosos. A coleta de dados foi através da entrevista, exame físico e a escala de escala de Katz de Atividade de Vida Diária. Resultados: Foram identificados 19 diagnósticos de enfermagem, os que apresentaram maior proporção foram: Sobrepeso (44%), Estilo de Vida Sedentário (33%), Envolvimento em atividades de recreação diminuído (28%), Deambulação prejudicada (28%), Risco de queda (28%), Déficit no autocuidado para vestir-se (17%) e Síndrome do Idoso Frágil (17%). Na aplicação da escala de Katz constatou-se que a maioria dos idosos foi classificada independente para atividades de vida diária. Conclusão: A utilização da sistematização da assistência na atenção primária possibilita avaliação do idoso de forma integral e humanizada, e propicia a produção do plano de cuidado para atender as

necessidades individuais. A aplicação da escala de Atividade de Vida Diária contribuiu para implantação e implementação da Sistematização Assistência de Enfermagem e facilitou a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem.

Descritores: Diagnósticos de Enfermagem; Idosos; Atividade diárias.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional se constitui em desafio ao mundo atual, o que antes era uma preocupação evidente dos países desenvolvidos, agora se tornou uma preocupação dos países em desenvolvimento. O aumento do número de idosos pode ser percebido na maioria dos países do mundo e também no Brasil¹⁻².

O crescente número de idosos que estão sendo incorporados anualmente à população brasileira, tem implicações diretas para o sistema de saúde. Esse aumento de anos de vida necessita ser seguido pela melhora e manutenção da saúde. Pois, não basta alcançar mais anos de vida, é indispensável que esse alcance transcorra seguido de condições dignas de vida¹. O desafio está posto, e o enfrentamento deste desafio em sua maior parte deve ocorrer em um cenário no qual se consiga consolidar a atenção Primária em Saúde (APS) que é considerada como principal porta de entrada do sistema de saúde. Portanto, APS possui papel importante para que a população siga um envelhecimento saudável incentivando a autonomia em saúde, o autocuidado e a prevenção de agravos³.

É considerada centro de comunicação entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde e deve estar preparada para oferecer acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e a orientação comunitária, integrando programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde⁴.

As necessidades específicas de cada idoso requer um cuidado direcionado, cuja exigência de trabalho em equipe multiprofissional se faz imprescindível, focado em estimular a capacidade do idoso, de modo que promova a vivência do processo de envelhecimento com autonomia, independência e busca do autocuidado^{4;5}.

No que se refere à equipe multiprofissional, o enfermeiro é um dos profissionais que responde pelo desenvolvimento de intervenções que contribuem sobremaneira para o cuidado do idoso, orientando, incentivando, auxiliando e buscando alternativas que promovam a saúde e o bem-estar do idoso, em conjunto com a sua família, de modo que esta também contribua para o estabelecimento de ações de cuidado^{4;5}.

A ação de enfermagem junto ao idoso no contexto da Atenção Primária implica em diálogo permanente, sendo uma experiência intersubjetiva, idoso e profissional de enfermagem⁶. Neste sentido, a identificação de Diagnósticos de Enfermagem (DE) e a implementação de intervenções específicas, como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ajudam os enfermeiros no cuidado ao idoso nos diferentes cenários de prática profissional⁷.

Para subsidiar a implantação da SAE utilizou-se a escala de atividade de vida diária (AVD) de Katz, que é um instrumento que mede a capacidade do idoso na realização das atividades cotidianas e determinar as intervenções quando necessária. A escala facilita a identificação de possíveis alterações no grau de independência do idosos, possibilitando a aplicação da SAE voltada para essas alterações.

Na atenção primária os DE e a SAE tornam-se imprescindíveis para promover melhora da atenção à saúde da população, pois, permite atender o idoso de maneira integral, suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, colocando-o em

convívio e contato com outras pessoas, em especial com outros idosos da mesma faixa etária, proporcionando-lhes atividades que os integre a população como um todo⁸.

As intervenções colaboram para que o idoso aumente e mantenha a autonomia e inclua novas práticas no seu processo cotidiano de cuidado, de modo que o grau de dependência, quando presente, possa ser diminuído, procurando, assim sendo, avaliar, preservar e ampliar a capacidade de autocuidado⁹.

O enfermeiro se insere na sistematização do cuidado do idoso na APS quando este negocia intervenções estratégicas a princípio para convencer o idoso sobre a importância da promoção da saúde, prevenção e/ou controle de doenças, estimulando o idoso a ter motivação e segurança para conseguir cumprir com a negociação das intervenções.

Nesta perspectiva, considerando o cuidado da pessoa idosa e sua importância no contexto da APS, bem como a importância de contribuir para intervenções estratégicas negociadas e asseguradas pela política do Sistema Único de Saúde (SUS), este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em Idosos em seguimento na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá, subsidiado na aplicabilidade da SAE e AVD.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo pesquisa-ação descritivo com abordagem quantitativa realizado com idosos em seguimento na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá do município de Macapá-AP, Brasil, no período de dezembro de 2017 a novembro de 2018.

A escolha da amostra se deu por conveniência. Os critérios de inclusão foram: residir na comunidade no entorno da UBS, precisavam aceitar participar da pesquisa, assinar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentar condições de comunicação verbal (critério avaliado subjetivamente pela pesquisadora) e os que não apresentavam devia estar em companhia de seu cuidador familiar. Utilizou-se como critério de exclusão os idosos que eram atendidos em visita domiciliar.

Para a coleta de dados fez-se uso de dois instrumentos: o roteiro de consulta para adultos e idosos, e a escala de Atividades de Vida Diária de Katz (AVD) ou Índice de Katz, que avalia banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, classificando as pessoas como dependente ou independente. No roteiro de consulta para subsidiar e padronizar os DE optou-se por utilizar os diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

Na análise dos resultados, foi utilizado o programa Microsoft Excel for Windows para tabulação e codificação dos dados, no qual foi criada uma planilha para abrigar os dados e posterior tratamento estatístico destes.

Os DE identificados nos idosos participantes da pesquisa foram organizados e agrupados por frequência e seus respectivos códigos, os quais foram somados e identificados os que tiveram maior predomínio. Foi considerado maior predomínio o DE que teve percentual a partir de 15%. Para análise e discussão dos diagnósticos foram citados os que apresentaram frequência acima 15%.

O estudo foi realizado após apreciação do Comitê de Ética da UNIFAP, segundo o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre a pesquisa com seres humanos, sob o número de parecer consubstanciado nº 2.940.898 e CAAE: 95594918.6.0000.0003

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 18 idosos. Para caracterização da população foram utilizadas as variáveis sexo e a faixa etária. Os dados evidenciaram maior proporção de pessoas idosas do sexo feminino (61%), faixa etária variou entre 62 a 82 anos, com média de 72 anos de idade, presença de comorbidades (94%) (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição de idosos de acordo com sexo, faixa etária e comorbidades, Macapá- Ap, 2018. N=18.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	11 (61%)
Masculino	07 (39%)
Faixa etária (anos)	
60–69	08 (44%)
70–79	06 (34%)
>80	04(22%)
Comorbidades	
Apresentam comorbidades	17 (94%)
Não apresentam comorbidades	01 (6%)

Fonte: Instrumento de pesquisa (Santos, 2018).

Foram identificados 19 Diagnósticos de Enfermagem (DE) entre diagnósticos reais, de risco e promoção da saúde, a média variou de 2 a 3 diagnósticos por pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem identificados nos idosos na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá, Macapá-AP, 2018. N=18.

Código	Diagnósticos com foco no Problema	N(%)
00233	Sobrepeso	08(44%)
00168	Estilo de Vida Sedentário	06 (33%)
00097	Envolvimento em atividades de recreação diminuído	05 (28%)
00088	Deambulação prejudicada	05 (28%)
00257	Síndrome do Idoso Frágil	03 (17%)
00109	Déficit no autocuidado para vestir-se	03 (17%)
00108	Déficit no autocuidado para o banho	02 (11%)
00102	Déficit no autocuidado para alimentação	02 (11%)
00204	Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	02 (11%)
00169	Religiosidade prejudicada	01 (6%)
00135	Pesar complicado	01 (6%)
00137	Tristeza crônica	01 (6%)
00232	Obesidade	01 (6%)
00065	Padrão de Sexualidade Ineficaz	01 (6%)
Código	Diagnóstico de Risco	N(%)
00155	Risco de queda	05 (28%)
00247	Risco de Integridade da membrana mucosa oral prejudicada	01 (6%)
00228	Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	01 (6%)
Código	Diagnóstico de Promoção da Saúde	N (%)
00161	Disposição para conhecimento melhorado	01 (6%)

Fonte: Primária (SANTOS, 2018)

Os diagnósticos de enfermagem que apresentaram maior proporção na identificação foram: Sobrepeso (44%), Estilo de Vida Sedentário (33%), Envolvimento em atividades de recreação diminuído (28%), Deambulação prejudicada (28%), Risco de queda (28%), Déficit no autocuidado para vestir-se (17%) e Síndrome do Idoso Frágil (17%). O Quadro 1 apresenta os diagnósticos e intervenções de enfermagem para idosos que foram identificados na coleta.

Quadro 1. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para idosos - Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá, Macapá-AP, 2018.N=18

Código	Diagnóstico de Enfermagem Reais	Intervenções de Enfermagem
00233	Sobrepeso	<ul style="list-style-type: none"> Alerta sobre os riscos à saúde relacionados ao sobrepeso; Investigação de hábitos alimentares e incentivo a reeducação alimentar; Monitoramento mensal do peso; Estabelecimento de meta mensal para controle de peso;
00168	Estilo de Vida Sedentário	<ul style="list-style-type: none"> Incentivo a realização de exercícios; Incentivo à passeios e caminhadas; Promoção de discussão sobre os determinantes da insuficiência de exercícios físicos; Orientação sobre os benefícios da atividade física à saúde; Encorajamento do idoso a realizar a atividade física de sua preferência dentro dos limites seguros para a sua saúde.
00097	Envolvimento em de atividades recreação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da capacidade e da limitação no desenvolvimento de atividades; Identificação das atividades de lazer favoritas; Incentivo a interação social; Incentivo a participação em grupos comunitários; Incentivo a promoção de atividades de recreação com os familiares.
00088	Deambulação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da capacidade do cliente para deambular; Orientação e avaliação da necessidade do uso de dispositivos auxiliares para a deambulação; Orientação do idoso a usar calçados que facilitem a deambulação.
00257	Síndrome do Idoso Frágil	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos problemas com estabelecimento de ordem de resolutividade de prioridade entre (imediatos, a médio e a longo prazo);
00109	Déficit no autocuidado para vestir-se	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da independência para vestir-se por meio da prática contínua e sem ajuda; Permitir tempo suficiente para vestir-se e despir-se, pois a tarefa pode ser exaustiva, dolorosa ou difícil; Escolha de roupas folgadas, com mangas e pernas largas, com fechamento na parte dianteira; Orientação do cuidador/familiar a organizar as roupas de forma e na ordem em que devem ser colocadas.
00108	Déficit no autocuidado para o banho	<ul style="list-style-type: none"> Manter o ambiente simples e sem obstáculos; Utilização de cadeira ou banco no chuveiro; Orientação para colocar de barra de apoio nas paredes do banheiro; Tapetes antiderrapantes; Providenciar uma campanha e manter essa campanha ao alcance, se a pessoa for tomar banho sozinha.

00102	Déficit no autocuidado para alimentação	<ul style="list-style-type: none"> Investigar com a pessoa que alimentos têm preferência ou não; Encorajar a ingesta de alimentos com as mãos (por exemplo pão, frutas) para proporcionar a independência; Proporcionar um ambiente para as refeições que não seja embaraçoso para a pessoa, e permitir tempo suficiente para a tarefa de comer; Orientar ao cuidador/familiar que evite colocar o alimento no lado cego da pessoa com de deficiência visual até a adaptação visual aos arredores, encorajar então a visualização do campo inteiro.
00204	Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> Investigar os fatores causais e contribuintes; Promover os fatores que melhoram o fluxo de sangue; Orientar para evitar ficar de pé ou sentando com as pernas pendentes por um longo período de tempo; Inspecionar os pés e as pernas diariamente em relações lesões e pontos de pressão; Explicar, a relação entre certos fatores de risco e o desenvolvimento da aterosclerose.
00169	Religiosidade prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a relação entre o conflito com a religião e a condição de saúde mental; Discutir com o usuário que a crença espiritual faz parte do processo de enfrentamento da condição de saúde atual, não sendo uma forma de estratégia defensiva; Discutir com o usuário a relação entre a sua crença e a modificação do seu estado de saúde atual.
00135	Pesar complicado	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer apoio e tranquilização; Permitir um tempo estabelecido para encontros e discussão de sentimentos; Encaminhar a pessoa com potencial para reações patológicas ao aconselhamento com Psicólogo;
00137	Tristeza crônica	<ul style="list-style-type: none"> Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos; Investigar o contexto sócio familiar do idoso; Reforçar aspectos positivos. Auxiliar na identificação de rede social de apoio; Proporcionar suporte à saúde mental do idoso.
00232	Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> Alertar sobre os riscos à saúde relacionados ao ganho de peso; Investigar os hábitos alimentares e incentivar a reeducação alimentar; Estabelecer uma meta mensal para controle de peso;
00065	Padrão de Sexualidade Ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os determinantes da atividade sexual ineficaz; Esclarecer as dúvidas referentes à atividade sexual; Estimular o diálogo sobre a situação com o companheiro (a); Orientar sobre as diversas formas de se obter prazer sem a atividade sexual propriamente dita;
Código	Diagnóstico de Enfermagem de Risco	Intervenções de Enfermagem
00155	Risco de quedas	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a possibilidade da família de realizar adaptações no domicílio de modo a reduzir o risco de quedas; Orientar a retiradas de tapetes no espaço do domicílio; Orientar os cuidados durante o banho, ao levantar da cama; Orientar o uso de artefatos como bengala, muleta.
00247	Risco de Integridade da membrana mucosa oral prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Investigar a presença de fatores causais ou contribuintes; Discutir a importância da higiene oral diária e dos exames dentários;

		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o abandono de hábitos prejudiciais à saúde bucal.
00228	Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Promover os fatores que melhoram o fluxo de sangue; • Explicar a importância da elevação dos membros para diminuição de edema; • Orientar para evitar ficar de pé ou sentado com as pernas pendentes por um longo período de tempo; • Inspeccionar os pés e as pernas diariamente em relações lesões e pontos de pressão; • Orientar quanto aos sinais e sintomas de doenças subjacentes e a procurar um profissional da saúde.
Código	Diagnóstico de Enfermagem de Promoção da Saúde	Intervenções de Enfermagem
00161	Disposição para conhecimento melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Educação em saúde; • Facilitação da aprendizagem; • Melhora da disposição para aprender. • Incentivar trazer para consulta de retorno informações sobre o que o idoso achar interessante
00162	Disposição para controle de saúde melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar os comportamentos de cuidado com a saúde; • Elogiar a atitude de busca de saúde.

Fontes: NANDA (2018-2020), NOC-NIC (2009), CARPENITO (1997), CUBAS (2015).

Com relação a saúde dos pacientes consultados e avaliados pela escala de AVD, a maioria dos idosos são totalmente independentes para todas as atividades (72%). (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação da Escala de AVD nos idosos na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá, Macapá-AP, 2018. N=18.

Classificação	Número	Porcentagem
A – Independente para todas as atividades	13	72%
B – Independente para todas as atividades, menos uma.	2	11%
G – Dependente para todas as atividades	2	11%
Outro - Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifique em C, D, E ou F	1	6%
Total	18	100%

DISCUSSÕES

Os dados deste estudo revelaram que, a variável sexo, apresentou uma distribuição maior para pessoas idosas do sexo feminino (61%) comparado ao sexo masculino (39%). Corrobora com a chamada feminização da velhice. A projeção do IBGE ¹⁰ demonstra que a população idosa brasileira superou a marca dos 30,2 milhões em 2017, as mulheres são maioria nesse grupo, com 16,9 milhões (56%), os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população.

Atribui-se essa expressividade do sexo feminino na atenção primária a saúde devido a maior procura pelo serviço de saúde, identificando maior preocupação com o cuidado à saúde¹¹.

Quanto a faixa etária houve predomínio nos considerados idosos jovens com idade entre 60 a 69 anos. O estudo para projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação apontam que essa faixa etária possui maior percentual entre a população idosa amapaense¹².

Quanto à presença de comorbidades o número é considerado expressivo, é sabido que o processo de envelhecimento afeta as condições biológicas do ser humano, sendo que aumenta a predisposição algumas doenças.

Ao envelhecimento populacional tradicionalmente associou-se uma carga maior de doenças crônico-degenerativas na sociedade, mais incapacidades e aumento do uso de serviços de saúde¹³. Em outro estudo realizado encontraram também um número alto de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idosos¹⁴.

Os idosos precisam de uma assistência em saúde integral para que possam ter um envelhecimento saudável. Para alcançar essa assistência de qualidade, a equipe de enfermagem, principalmente da atenção básica que é considerada a porta de entrada do SUS, precisa utilizar as tecnologias genuína da sua profissão e uma delas é a SAE.

Dentre os diagnósticos identificados o de maior proporção foi o Sobrepeso, que é definido pela NANDA como "condição em que o indivíduo acumula gordura para a idade e sexo", sendo identificado em 44% dos idosos, tem como característica definidora índice de massa corporal (IMC) > 25 kg/m² em adultos¹⁵.

Um estudo apontou que o sobrepeso foi maior em idosos do sexo feminino (41,9%) em comparação com o masculino (31,6%), o que corrobora com os dados deste estudo, no qual o maior contingente foi o sexo feminino e predomínio de sobrepeso¹⁶. Assim, o sobrepeso significa que esses idosos possuem um consumo inadequado de nutrientes, pois devido as condições econômicas da população idosa brasileira, a dieta consiste em produtos pouco nutritivos e ricos em gorduras saturadas¹⁷.

A enfermagem precisa trabalhar o DE sobrepeso para melhorar os índices de gordura corporal, uma vez que idade associada ao aumento de peso responde por uma parcela significativa de riscos cardiovasculares e desenvolvimento de DCNT¹⁷.

O segundo DE de maior proporção foi Estilo de Vida Sedentário, sendo encontrado em 33% dos idosos, que pode ser uma das causas contribuintes para o sobrepeso entre os participantes da pesquisa, já que o idoso que não pratica atividade física apresenta tendência ter sobrepeso¹⁷.

A definição da NANDA¹⁵ para o diagnóstico estilo de vida sedentário ocorre por um baixo nível de atividade física. Tem como características definidoras a falta de condicionamento físico, prática de atividade física baixo da média do que é recomendado ou preferência por atividade com pouco deslocamento.

O estilo de vida é um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde. Quando associados, QV, saúde e estilo de vida se configuram em uma tríade que se faz intimamente relacionada ao bem-estar¹⁸, neste contexto, identificar esse diagnóstico o enfermeiro poderá implementar intervenções necessárias para a modificação dos hábitos de vida do idoso e realizar a promoção de saúde.

O terceiro diagnóstico mais frequente foi o de risco de queda (28%), significa suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde¹⁶.

A avaliação geriátrica ampla em um grupo de idosos identificou em (32,9%) dos participantes o risco de queda confirmando os valores encontrados nesta pesquisa¹⁹. Outro estudo encontrou risco de queda em (42,8%) da população estudada²⁰.

O uso de escalas para avaliação do grau de dependência do idoso auxiliam na identificação diagnóstico do risco de queda. Isso contribuiu também para negociar algumas intervenções, pois a enfermagem pode intervir na presença do DE supracitado por meio de prevenção, pela estimulação ou monitoramento a prática de exercícios físicos, avaliando possíveis riscos domésticos (tapetes, pisos escorregadios) e acompanhando as medicações que deixam o idoso mais vulnerável a quedas²⁰.

Foi observado também nos idosos um percentual significativo (28%) do DE Envolvimento em atividades de recreação diminuído, que é definido como a estimulação, interesse ou participação reduzidos em atividades recreativas ou de lazer¹⁵.

A participação em atividades recreativas constitui um fator importante que implica em melhorias nos aspectos físicos, espirituais e sociais para os idosos colaborando com uma melhor qualidade de vida²¹.

Dentre as intervenções de enfermagem que podem ser realizadas estão a terapia recreacional, através de atividades relaxantes e agradáveis para promover o bem-estar, a melhora da socialização, com o incentivo a interações sociais com pessoas ou em grupos de idosos²².

O quinto DE mais frequente entre os idosos do estudo foi o de Deambulação prejudicada, encontrados em (28%) dos participantes, que é definido como limitação do movimento de andar no ambiente de forma independente, tendo como características definidoras capacidade prejudicada de andar em aclive, declive, superfícies irregulares, descer escadas¹⁵.

Importante ressaltar que o diagnóstico de deambulação prejudicada está associado ao diagnóstico risco de queda, sendo que a limitação do movimento pode ser uma das causas de quedas entre idosos.

Esse DE foi encontrado com uma frequência variável em alguns estudos. Uma pesquisa de DE em pessoas idosas com DM, em um município baiano, encontrou o diagnóstico deambulação prejudicada em 30% da amostra, bem próximo dos resultados encontrados no presente estudo, e já no município do interior mineiro, em uma instituição permanente para idosos os resultados foram um pouco superior (42,8%)²³⁻²⁰.

O Déficit no autocuidado para vestir-se foi o sexto DE mais frequente, é a incapacidade de vestir e retirar as roupas de forma independente, podendo estar associado a alteração na função cognitiva, prejuízo musculoesquelético, neuromuscular ou transtornos perceptivos¹⁵.

A escala de Katz também auxiliou na identificação desse DE, com (28%) dos idosos avaliados com algum grau dependência, Garbaccio e Ferreira²⁰ também subsidiou seus DE utilizado a mesma escala para avaliar os idosos no estudo realizado por eles.

A enfermagem, por ter o cuidado como objeto de estudo e de trabalho, torna-se responsável em identificar o nível de dependência e as limitações funcionais dos idosos, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, alimentar-se²⁰.

O sétimo DE mais frequente foi o da Síndrome do Idoso Frágil, com frequência de (17%) dos participantes, definido como um estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade¹⁵.

Um DE de síndrome é um julgamento clínico relativo a um determinado agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos, sendo mais bem tratado por meio de intervenções similares¹⁵.

A síndrome do idoso frágil, já foi aceita como uma síndrome clínica, que possui natureza multifatorial, como característica um estado de vulnerabilidade fisiológica resultante da diminuição da reserva de energia e da habilidade de manter a homeostasia²⁴.

Por fim, aplicação da escala de Katz avaliou o grau de dependência dos idosos pesquisados, a maioria (72%) foi classificada como independente quantitativo superior ao encontrado por Garbaccio e Ferreira²⁰ que foi (54,2%) dos idosos avaliados.

O perfil observado nos idosos desta pesquisa permite interligar os DE acima no que condiz o estilo de vida apresentado por eles, ser sedentário e se envolver em atividade de recreação em menor tempo do que o recomendado, contribui sobremaneira como efeito cascata, assim, o sobrepeso, que dificulta a deambulação, aumenta o risco de quedas e amplia o déficit para vestir-se o que leva a síndrome de idoso frágil.

Portanto, avaliação da saúde do idoso com o uso da escala de Katz para subsidiar a SAE foi primordial para a identificação dos diagnósticos que evidenciaram o autocuidado e fragilidade do idoso. O processo de enfermagem se constitui numa ferramenta importante

para uma assistência de qualidade aos idosos. A identificação das necessidades de cuidado de uma população permite um melhor planejamento das intervenções individuais e em grupos⁷.

CONCLUSÃO

Aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem e da escala de Katz possibilitou o alcance do objetivo proposto, pois se identificou os diagnósticos e a se realizou a prescrição de enfermagem para idosos na APS na UBS-UNIFAP no município de Macapá-AP. Em meio aos diagnósticos de enfermagem identificados, destacaram-se: Os com foco no problema Sobrepeso, estilo de vida sedentário, Envolvimento em atividades de recreação diminuído, Deambulação prejudicada, Síndrome do Idoso Frágil e Déficit no autocuidado para vestir-se. O de risco: risco de quedas.

Acredita-se que os resultados deste estudo venham contribuir na ampliação do conhecimento dos enfermeiros da APS a respeito da saúde do idoso usuário desse serviço, fomentando a proposição de intervenções abalizadas e peculiares adequando a implementação de atividades dinâmicas para responder aos diagnósticos identificados. Sobre as limitações do estudo, cita-se que este demonstra a realidade de uma única UBS dentre as 19 funcionando em Macapá. No entanto, esta limitação, a carência identificada sobre a temática na literatura ora identificada, justifica a relevância acadêmica e social do estudo haja vista que a identificação de diagnóstico e a prescrição de enfermagem contribui para melhora e a qualidade de vida do idoso em nível de APS.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A saúde do idoso atualmente tem sido um tema muito discutido, na prática, nas UBS o atendimento para a população idosa, em muitos casos são realizadas no contexto do programa de doenças crônicas, no qual, é considerando apenas a doença, impedindo assim, um olhar holístico, preventivo e um cuidado integral a saúde da pessoa idosa.

Logo, a presente pesquisa utilizou um dos dispositivos genuínos da enfermagem, a consulta e a sistematização da assistência para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, uma vez identificados e analisados cientificamente servirão de subsídios para intervenções, avaliação e alcance de resultados que atenda as reais necessidades de cada idoso.

Portanto, acredita-se que os resultados deste estudo venham contribuir na ampliação do conhecimento dos enfermeiros da APS a respeito da saúde do idoso usuário desse serviço, fomentando a proposição de intervenções analisadas e peculiares adequando a implementação de atividades dinâmicas para responder aos diagnósticos identificados.

REFERÊNCIAS

1. De Melo LA, Ferreira LMBM, Dos Santos MM, De Lima KC. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(4): 494-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000400493&lng=pt.
2. Costa FR, Rodrigues FM, Prudente, COM, Souza. Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2018; 21(1): 24-34.

3. Medeiros KKAS, Júnior, EP P, Bousquat A, Medina M G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* [internet] 2017 [acesso em 02 dez. 2018]; 41(3): 288-295. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf>.
4. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010 [acesso em 03 dez. 2018]; 20(1): 54-6. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf.
5. Ferreira L, Silva M, Castro E, Friedrich D. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. *RCS* [Internet] 2017 [acesso em 02 out. 2017]; 17(32):46-4. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php /contextoesaude/article/view/5984>.
6. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2009 June [acesso em 03 dez. 2018]; 62(3):367-373. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003471672009000300006&lng=en>.
7. Lima WG, Nunes S FL, Alvarez AM, Valcarenghi RV, Bezerra MLR. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. *Rev Rene.* 2015 jan-fev; 16(1):72-80. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324036185009>.
8. Souza AMG, Ferreira TLS, Santos KMR, Oliveira DJD, Andrade FB. Avaliação da Assistência à Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de usuários. *Revista Ciência Plural.* 2017; 3(2):42-52. Disponível: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/12705-Texto%20do%20artigo-40291-1-10-20171211.pdf>.
9. Nicolato FV, Couto AM, Castro EAB. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Enferm. Cent. O. Min.* [internet] 2016 mai/ago [acesso em 04 out. 2017]; 6(2):2199-2211. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom /article/view/1016/1103>. Acesso em: 04 out 2017.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [acesso em 03 dez. 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br /agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.
11. Luz EP, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva LAA, Silva FP, et al . Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2014 [acesso em 04 dez. 2018]; 17(2):303-314. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200303&lng=en.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [acesso em 03 dez. 2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
14. Reis CB, De Jesus RS, Silva CSO, Pinho L. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [internet] 2016 [acesso em 03 dez. 2018];17(1):120-7. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2632>.
15. NANDA, International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico]. 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.
16. Pereira IFS, Spyrides MHC, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em 03 dez. 2018];32(5):e00178814. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500709&lng=en.
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes 2017-2018. São Paulo, Editora Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
Acesso em: 26 de junho de 2018.
18. Both J, Nascimento JV, Sonoo CN, Lemos CAF, Borgatto AF. Condições de vida do trabalhador docente: Associação entre estilo de vida e qualidade de vida no trabalho de professores de Educação Física. Motri. [Internet]. 2010 Set [citado 2019 Mar 19]; 6(3): 39-51. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1646-107X2010000300006&lng=pt>.
19. Araújo ESS, Silva LF, Moreira TMM, Almeida PC, Freitas MC, Guedes MVC. Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 May [acesso em 06 dez. 2018]; 71(3):1092-1098. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301092&lng=en
20. Garbaccio JL, Ferreira AD. Diagnósticos De Enfermagem Em Uma Instituição De Longa Permanência Para Idosos. R. Enferm. Cent. O. Min.[internet], 2012[acesso em 25 nov. 2018];2(3):303-313. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/218>.
21. Oliveira BC, Barbosa NM, Lima MSM, Guerra HS, Neves CM, Avelar JB. Avaliação Da Qualidade De Vida Em Idosos Da Comunidade. Rev Bras Promoç Saúde[internet] 2017 [acesso em 19 mar. 2019];30(3):1-10. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5879/pdf>.
22. Jonhson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
23. Lacerda NFRS, Lima PV. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Pessoas Idosas com Diabetes mellitus. Revista Mult. Psic. [internte] 2017 [acesso em 19 mar.

2019];11(38):431-443. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/908/1360>

24. Lana LD, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. Rev. Bras . Geriatr. Gerontol. 2014. [acesso em 07 dez.]; 17(3):673-680. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00673.pdf>.

Kelvy Fernanda Almeida Lago Lopes

Enfermeira; Docente na Universidade Estadual do Maranhão(UEMA);
Supervisora de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA; Mestre em Saúde da
Família/ Universidade Federal do Maranhão(UFMA);
Doutoranda em Enfermagem/Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Ítalo Cesar de Sousa Ribamar

Médico; Especialista em Clínica Médica pela Universidade Federal do Piauí(UFPI);
Coordenador de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA; Graduado pela
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Luciane Costa Assunção

Médica; Especialista em Anestesiologia pelo Hospital Ophir Loiola – Pará;
Coordenadora de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA; Graduada pela
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Caio Mendonça Goulart Coêlho

Discente do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Thuane do Nascimento Bezerra

Discente do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Kaio Machado Aguiar

Discente do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA);
Monitor de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA

Lucas Furtado Barros

Discente do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA);
Monitor de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA

Pedro Augusto Silva Januário

Discente do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA);
Monitor de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA

Romeu Holanda do Nascimento

Discente do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA);
Monitor de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA

Samuel Barros Diniz

Discente do Curso de Medicina na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA);
Monitor de projeto de extensão MED SAÚDE/ FAPEMA

RESUMO

O acompanhamento da gestação é essencial para a detecção e o controle dos fatores de risco relacionados a complicações na gravidez. No Brasil, as Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG) revelam-se como a principal causa de mortalidade materna direta, sendo responsável por aproximadamente 15% das mortes femininas. O objetivo dessa pesquisa foi de conhecer, à luz da literatura, qual o perfil das gestantes acometidas pelas síndromes hipertensivas na gestação e quais as medidas adotadas no pré-natal para o manejo da doença. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada nos meses de Junho e Julho de 2020, tendo como principal fonte as bases de dados da plataforma online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Sobre o perfil dessas mulheres, ter idade maior que 35 anos esteve relacionada a uma maior chance de desenvolver hipertensão e a maioria das que

apresentaram SHG se encontrava entre a 35^a-40^a semana de gestação. Sobre o estado nutricional, houve relação direta entre SHG e obesidade. A via de parto mais indicada foi a cirurgia cesárea, tendo em vista a condição clínica grave. Tratando-se da relação do pré natal com o manejo das síndromes hipertensivas, percebeu-se que ainda há falhas. No entanto, um pré-natal de qualidade, com acompanhamento desde o início da gravidez, é indispensável para a redução da mortalidade materna e perinatal. Além disso, são necessárias mais pesquisas sobre o tema na perspectiva de uma maior disseminação dos saberes sobre o reconhecimento das síndromes hipertensivas de forma precoce.

Descritores: Complicações na gravidez; Hipertensão; Atenção básica.

INTRODUÇÃO

A evolução das gestações, em sua maioria, prossegue sem nenhum tipo de intercorrências. Entretanto, há uma parcela de gestantes que apresentam certas características ou padecem de alguma doença que colocam em risco a saúde da mãe e do concepto (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que entre as doenças maternas que ocorrem no período gravídico, a hipertensão induzida pela gravidez é a que mais provoca efeitos nocivos e é a principal causa de morte materna no Brasil.

De acordo com Freire; Tedoldi, 2015, a hipertensão arterial (HA) é uma doença que ocorre quando o aumento da pressão arterial atinge ou ultrapassa 140x90 mmHg. Sua prevalência varia conforme faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de doenças associadas. Quando relacionada à gestação, de acordo com o grau de severidade, é considerada fator de risco que somado às características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem desencadear prognósticos irreparáveis no desfecho da gestação (BRASIL, 2012).

A identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é essencial para diferenciar se a hipertensão antecedeu a gravidez ou se foi uma condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da complicação do organismo materno à gravidez, abordando as Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG) (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

No Brasil, as síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG) constituem-se como a primeira e principal causa de mortalidade maternidade direta, sendo responsável por aproximadamente 15% das mortes femininas, apesar de que, de acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Organizações das Nações Unidas, essa taxa vem reduzindo ao longo dos anos (OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO, 2014; KERBER; MELERE, 2017).

O Ministério da Saúde (MS) classifica as síndromes hipertensas em: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional. A hipertensão crônica é aquela observada antes da gravidez, ou antes, de 20 semanas de gestação, onde é diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não apresenta resolução até 12 semanas após o parto. A pré-eclâmpsia é a hipertensão que ocorre após 20 semanas gestacionais, podendo ocorrer antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrópsia fetal, acompanhada de proteinúria e com desaparecimento até 12 semanas pós-parto (BRASIL, 2012).

Rezende, 2011, afirma que a hipertensão crônica ocorre quando essa hipertensão é identificada antes da gestação ou antes da 20^a semana. No que tange à pré-eclâmpsia,

define-se como uma desordem multissistêmica exclusiva do período gestacional e que caracteriza-se pela hipertensão arterial com presença de proteinúria de desenvolvimento a partir da 20ª semana de gestação (FIGUEIRÓ; OLIVEIRA; COELHO; BRENDA, 2012). O termo proteinúria é utilizado de forma mais abrangente para indicar presença anormal de proteína na urina (LEVEY; CORESH, 2012). Além disso, com relação à eclâmpsia, considera-se que é a manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

É importante ressaltar que as SHG não têm cura, exceto pela interrupção da gestação. Deve-se ter cuidado para não evoluir para um dos quadros mais preocupantes para profissionais obstétricos, por considerado de maior gravidade. Nomeada de Síndrome HELLP (*Haemolysis, Elevated Liver enzyme activity e Low Platelets*), é caracterizada pela presença de anemia hemolítica microangiopática (aumento de LDH – acima de 600 UI/l, bilirrubina total > 1,2 mg%, presença de esquizócitos e equinócitos na análise sérica), aumento das enzimas hepáticas: TGO e TGP acima de 70 mg/dl e plaquetopenia (< 100 mil plaquetas/mm³) (REZENDE, 2011).

As SHG são um assunto de grande interesse na comunidade científica devido à sua condição frequente (CAVALLI; SANDRIM; SANTOS, 2009). A identificação das pacientes de risco para o desenvolvimento das SHG, seja por fatores relacionados à sua ocorrência ou por características definidoras de suas modalidades, podem contribuir para uma redução da imprecisão na escolha diagnóstica para as situações/problemas apresentados, prevenindo ou retardando a apresentação clínica das formas mais graves (MYATT et al, 2014).

O acompanhamento da gestação é essencial e contribui para situações mais favoráveis, permitindo a detecção e tratamento oportuno de condições adversas de saúde e o controle de fatores de risco relacionados a complicações. As consultas de rotinas no pré-natal, devem começar no início da gravidez e seguir com no mínimo seis consultas durante os trimestres gestacionais, sendo uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2002).

Dessa forma, percebe-se a importância de se desenvolver estudos que abordem as temáticas das SHG, em especial no Brasil. O presente estudo tem como objetivo conhecer, à luz da literatura, o perfil das gestantes acometidas pelas síndromes hipertensivas na gestação e as medidas adotadas no pré-natal para o manejo da doença. Essa pesquisa bibliográfica possui como agência de fomento a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, sendo um dos produtos do projeto de extensão e pesquisa MED SAÚDE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado nos meses de Junho e Julho de 2020, em que foram utilizadas fontes diversificadas de busca. A principal delas foram as bases de dados da plataforma online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se o operador booleano “and” com os descritores “complicações na gravidez, hipertensão, atenção básica”. Foram adotados como critérios de inclusão: idioma em português, com texto na íntegra disponível e recorte temporal de dez anos. E como critérios de exclusão: artigos repetidos em mais de uma base de dados e sem relação com a temática. Além disso, outras bibliografias nacionais e internacionais foram consultadas para um melhor entendimento sobre a fisiopatologia da hipertensão com um maior recorte temporal. A princípio, na plataforma BVS foram encontrados 29 artigos, mas foram excluídos aqueles cujo texto completo não estava disponível. Ao final, fez-se a análise de 6 artigos, além das

consultas em livros específicos e guidelines de obstetrícia e cardiologia, tendo as principais informações compiladas e apresentadas neste capítulo.

RESULTADOS

A partir da análise dos estudos e das referências selecionadas, no que diz respeito ao perfil das gestantes que apresentaram diagnóstico de síndromes hipertensivas, é importante ressaltar que os fatores de risco para o aparecimento das Síndromes Hipertensivas na Gestação(SHG), a saber: diabetes mellitus tipo 1 ou 2, doenas renais, obesidade, gravidez mltipla, primariedade, idade igual ou superior a 30 anos, antecedentes pessoais e/ou familiares de pr -eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e etnia parda. Somado a isso, o aumento da pressão sanguínea pode provocar efeitos deletérios sobre diversos sistemas, principalmente, vascular, hepático, renal e cerebral. (ASSIS; VIANA; RASSI,2008).

No que se refere ao diagnóstico das SHG, a pesquisa de Sdardelotto et. al, 2016, detectou a presena de Hipertensão Arterial Cr nica (HAC), Hipertensão Gestacional (HG), Pr -Eclâmpsia (PE) e Hipertensão Arterial Cr nica Sobreposta a pr -cl mpsia (HAC +PE). No primeiro trimestre de gestao, evidenciou-se que 35,6% das gestantes apresentaram HAC. J  no trimestre, 32,2% apresentaram HAC e 58,9% HG; 5,6% com PE e 3,3% com HAC +PE e no terceiro trimestre se apresentaram respectivamente 14,4% com HAC, 27,8% com HG, 36,7% com PE e 21,1% com HAC +PE.

Notou-se certa prevalência de gestaes de adolescentes e jovens acometidas por síndromes hipertensivas. No entanto, a maioria dos estudos relatou em suas pesquisas que mulheres menores de 35 anos são menos predispostas   ocorrência dessas síndromes (ANDRADE et. al, 2004), cuja predominância se d  em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos (OLIVEIRA et. al 2016). Gravena, et al, 2013, demonstraram que há o aumento na probabilidade das mulheres serem portadoras de HAC durante a gravidez ao postergarem a gestao para além dos 30 anos de idade, tornando-se necessárias as orientaes pré-concepcional e assistência qualificada do pré-natal.

Evidenciou-se no estudo de Bacelar, et. al, 2017 que do total de 6.094 puérperas da Região Nordeste do Brasil, 2960 pertenciam à faixa da adolescência e juventude. Deste grupo, 4,6% apresentaram SHEG, sendo que 59,3% eram adultas jovens. De acordo com a classificao, 97,8% apresentaram hipertensão arterial crônica, pr -eclâmpsia e síndrome de HELLP e 8,2% apresentaram eclâmpsia. No que diz respeito à faixa etária de gestantes mais acometidas pelas SHG, um estudo realizado por Nóbrega et.al, 2016, demonstra uma maior prevalência nas mulheres na faixa etária entre 19-25 anos, sendo a maioria solteira e provenientes da zona urbana do município do estudo.

Tratando-se de etnia, as mulheres afro-descendentes, quando comparadas com outras etnias, apresentaram maior incidência de hipertensão arterial crônica como demonstra os estudos de Assis et.al, 2008. A cor de pele negra parece apresentar uma deformidade hereditária na apreensão celular e na conduo de sódio e cálcio no sistema renal, podendo se dá devido à presena de um gene economizador de sódio, predispondo, assim,   hipertensão arterial e, conseqüentemente,   PE sobreposta   cronicidade dos níveis pressóricos elevados.

Na pesquisa de Vega; Kahhale; Zugaib, 2007, a maioria das gestantes estudadas acometidas com SHG são provenientes da zona urbana. Nota-se que nesta zona vislumbra-se certa facilidade no diagnóstico precoce devido à realizao de um acompanhamento de forma eficaz e apropriado da gestante hipertensa no parto e no pós-parto, com um melhor controle desse evento, tornando-se primordial para a reduo das complicaes. Ademais, estudos mostram que em certas regiões existe restrio ao acesso e carência de

infraestrutura física, equipamentos e profissionais qualificados, o que poderia, em regiões precárias, subnotificar os casos da doença (LIMA et. al, 2010).

Em relação ao tempo gestacional, verificou-se que 76,30% das mulheres com SHG estavam entre 35^a a 40^a semana de gestação e que, na maioria das gestantes acometidas o diagnóstico foi feito na primeira gravidez (NÓBREGA et.al, 2016). Evidenciou-se que quanto maior o tempo de gestação, mais grave é o acometimento em relação as Síndromes Hipertensivas. Por sua vez, a ocorrência da hipertensão gestacional mostrou associação a partir do 2º trimestre com elevação dos níveis pressóricos conforme observado no estudo de Dalmaz et.al, 2011. Existiu ainda ocorrência de pré-eclâmpsia em 6% de nulíparas e em somente 0,3% de mulheres em sua segunda gestação. As nulíparas apresentaram risco de 5-6% para desenvolver pré-eclâmpsia em comparação com menos que 1% das múltiparas. A ocorrência de pré-eclâmpsia em múltiparas está aumentada nos casos em que a gestação ocorreu com outro parceiro, o que se acredita decorrer de algum fator imunogenético paterno.

Segundo Sbardelotto et.al,2016 existem características definidoras dos diagnósticos pela elevação da pressão arterial e pela presença de proteinúria. Evidenciou-se que no primeiro semestre de gestação, 90% apresentaram resultado negativo (<2+ fita reagente), no segundo semestre as 90% permaneceram com resultado negativo e no terceiro semestre 57,8% apresentaram resultado positivo. Os autores ressaltam ainda que nos dados de anamnese, durante o atendimento a gestante, deve-se estar atento aos antecedentes de hipertensão fora da gravidez, de recorrência nas gestações anteriores e de patologias que, comprometendo ou não o sistema vascular, determinam processos hipertensivos (hipertensão arterial crônica, diabetes, doença renal, doença vascular do colágeno, coarctação da aorta, aldosteronismo primário, síndrome de Cushing, feocromocitoma).

A pré-eclâmpsia é mais evidente ao 3º trimestre de gestação, confirmada pelo aumento importante da PA acompanhado da proteinúria, sendo diagnosticada pela presença de 2+ na fita reagente. A proteinúria é uma condição importante para o diagnóstico de Pré-Eclâmpsia. Nóbrega et al evidenciaram que a partir o terceiro semestre 57,8% das gestantes apresentaram resultado positivo, evidenciando que o maior tempo de gestação está ligado ao agravamento dessas síndromes. A ausência de valores específicos do exame não impediu de verificar a associação com o desfecho, uma vez que não há relação entre a quantidade exata de proteína na urina, e, sim, sua ausência ou presença (VAIMAN; MIRALLES, 2016).

Quanto ao estado nutricional dessas pacientes, foi observado que no primeiro trimestre de gestação 2,9% das pacientes apresentaram baixo peso, 2,9% peso adequado, 32,4% sobrepeso e 61,8% obesidade. Em relação ao segundo trimestre, 1,7% apresentaram baixo peso, 5,2% peso adequado, 19% sobrepeso e 64,9% obesidade. E no terceiro trimestre, notou-se que 1,4% apresentaram baixo peso, 9,5% peso adequado, 24,3% sobrepeso e 74,9% obesidade (SDARDELOTTO et. al, 2016). Percebeu-se que quanto maior o Índice de Massa Corporal (IMC), maior a chance de desenvolver SHG. As maiores taxas de pacientes diagnosticadas com SHG eram obesas. Um estudo publicado por Moodley et. al, 2016 reafirma que o aumento do ganho de peso em gestantes hipertensas aumenta as chances de comprometimento do percurso gestacional.

Em relação à via de parto em gestantes hipertensas, o estudo de Linhares et.al,2014 com 250 gestantes com SHG evidenciou que a pré-eclâmpsia e o parto cesáreo estão fortemente associados. Observou-se que 78,4% dos partos foram cesáreos. Das cesáreas realizadas, 54,1% foram em pacientes com 28 a 37 semanas de idade gestacional. As gestantes com pré-eclâmpsia grave tiveram 3,3 vezes mais chances de evoluir para parto cesáreo do que as com pré-eclâmpsia leve.

O ensaio clínico realizado por Koopmans et.al, 2009 analisou 756 mulheres primigestas com idade gestacional entre 36 e 41 semanas. Sugeriu-se o benefício materno com a indução do parto depois de 37 semanas em casos de hipertensão gestacional e PE leve, obtendo-se menor morbimortalidade materna, menor taxa de complicações como Síndrome HELLP, eclâmpsia, edema pulmonar e doenças tromboembólicas.

Em torno dessas condições, Soares et. al,2009 enfatizam que cabe às equipes de saúde o aprimoramento das práticas direcionadas à gestante durante o acompanhamento do pré-natal, com atribuição do risco gestacional a cada consulta, visando contribuir para a continuidade da redução da mortalidade materna e infantil.

A identificação precoce da alteração dos valores da pressão arterial, seu manejo e tratamento durante a gestação é considerado benéfico para prevenir variações ainda mais abruptas da pressão arterial, de uma conseqüente hemorragia cerebral, encefalopatia hipertensiva, eclâmpsia, síndrome de HELLP e risco de deterioração da função renal (MALACHIAS et al., 2016).

De acordo com o manual técnico de gestação de alto risco(BRASIL, 2012) gestantes que apresentam hipertensão após a 2ª metade da gestação ou que são hipertensas crônicas, devem realizar alguns exames laboratoriais, com intuito de distinguir a pré-eclâmpsia da hipertensão crônica, assim como para avaliar o progresso e a gravidade da doença. Dentre os exames estão o hemograma, nível sérico de ácido úrico, nível sérico de creatinina, proteinúria, níveis séricos de transaminases, nível sérico de albumina, desidrogenase láctica e perfil de coagulação.

Nesse sentido, ao analisar as características do pré-natal, 76,5% das puérperas que participaram do estudo de Bacelar et.al, 2017, tiveram uma assistência pré-natal inadequada. O manejo do pré-natal dessas gestantes seguiu as recomendações do Ministério da Saúde, porém a inadequação partiu dos seguintes critérios: erros dos profissionais de saúde; serviços de saúde deficientes e/ou problemas relacionados à própria conduta da paciente. Segundo o estudo, foi considerada falha do profissional quando o diagnóstico foi incorreto ou a gestante não foi bem orientada quanto aos cuidados com a hipertensão em relação ao repouso e medicamentos. Também foram consideradas falhas os casos de gestantes com pressão arterial maior que 160 x 110mmHg ou maior que 140 x 90mmHg com sintomas como cefaleia occipital, epigastralgia, escotomas visuais ou proteinúria e que não foram encaminhadas ao serviço especializado. O estudo ainda aponta que foram inadequados os casos em que não havia medicação anti-hipertensiva disponível ou quando a gestante teve dificuldade ao acesso de serviço especializado de referência após encaminhamento do médico ou enfermeiro do pré-natal. Os erros relacionados à paciente dizem respeito à não utilização do medicamento prescrito ou não ida à consulta de especialista por questões de negligência própria (não quis, não achou necessário, não tinha dinheiro para passagem).

Além da importância do atendimento pré-natal, as ações de educação em saúde às mulheres podem contribuir para a readequação de hábitos e estilos de vida inadequados, pois podem aumentar o nível de reconhecimento de sinais e sintomas de alterações pressóricas e beneficiar no diagnóstico precoce prevenindo as complicações relacionadas à doença. Deve-se considerar a participação de profissionais de diferentes áreas da saúde para a contribuição das diversas atividades na melhoria da promoção à saúde e prevenção de complicações, insistir na identificação de fatores de risco que desencadeiam as SHG e o autocuidado dessas pacientes, bem como a investigação sobre a gestão farmacológica (THULER et.al, 2018)

Uma atenção ao pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos

no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação. Enquanto ordenadora do cuidado nos diferentes níveis de atenção, a Atenção Primária vem mostrando toda a sua importância na atenção pré-natal, desde a captação precoce da gestante até sua 1ª consulta puerperal. Isso se comprova com os resultados da diminuição da mortalidade materna em 40% e da mortalidade infantil em 10%, em 2012 (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Nesse sentido, faz-se necessário repensar sobre as ações que estão sendo adotadas para minimizar fatores de risco e, conseqüentemente, sobre a qualidade da assistência prestada à mulher durante a sua vida reprodutiva, incluindo-se os processos que envolvem o planejamento reprodutivo, consulta pré-natal e puerperal. O atendimento multiprofissional é de grande relevância no cuidado à gestante com Síndrome Hipertensiva na Gestação (SHG), cujo alvo é a redução dos eventos de risco (HERCULANO et al., 2011).

CONCLUSÃO

Sobre o perfil das gestantes com síndromes hipertensivas na gestação, a pesquisa permitiu inferir que, apesar de dados conflitantes na literatura, a idade foi um fator de risco: gestantes com mais de 35 anos foram, segundo os estudos, mais predispostas à hipertensão. Além disso, mulheres afro-descendentes, vindas de zona urbana, apresentaram maior incidência de HAC.

Em relação ao tempo gestacional, a maioria das mulheres com SHG se encontrava entre a 35ª a 40ª semana de gestação. E nulíparas foram associadas a um maior risco de PE se comparadas à múltiparas. Sobre o estado nutricional, houve relação direta entre SHG e obesidade. A via de parto mais indicada foi a cirurgia cesárea em vista a condição clínica grave.

Tratando-se da relação do pré natal com o manejo das síndromes hipertensivas, percebeu-se que ainda há falhas. Os problemas perpassam por erros no diagnóstico precoce e pela precariedade dos serviços de saúde, o que dificulta, por exemplo, o acesso a medicamentos e ao serviço especializado. Além disso, a negligência das próprias gestantes quanto a medidas de autocuidado.

Apesar disso, os estudos revelaram que um pré-natal de qualidade, com acompanhamento e captação precoce no início da gravidez, são essenciais para redução da mortalidade materna e perinatal, bem como, para prevenir complicações associadas à hipertensão na gestação.

Este estudo revela que ainda são necessárias mais pesquisas sobre o tema, objetivando-se uma maior disseminação dos saberes sobre o reconhecimento das síndromes hipertensivas de forma precoce, que servirá tanto à equipe de saúde, melhorando a atenção pré-natal, quanto à própria gestante, que através do autocuidado e estando atenta a seus níveis pressóricos e demais sinais, poderá evitar desfechos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

ALTMAN D. *et al.* Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. **Lancet.** 2002;359(9321):1877-90. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08778-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08778-0)>. Acesso em 02 Jul. de 2020

ANDRADE, P.C. *et al.* Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 697-701, Out. 2004.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de Jul. 2020.

ASSIS, T.R. *et al.* Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.91 no.1. São Paulo July 2008 Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002>. Acesso em 2 de Jul. 2020.

BACELAR, E. B. *et al.* Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p. 687-691, 1 dez. 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n4/pt_1519-3829-rbsmi-17-04-0673.pdf>. Acesso em 09 de Jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 302p, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 17 de jun. 2020.

Brito K.K.G.D. *et al.* Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Rev Pesqui Cuid Fundam. (Online)** 2015;7:2117–2125. Disponível em< Doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2717-2725>. Acesso em 02 de Jul. 2020

CAVALLI, R.C. *et al.* Predição de pré-eclâmpsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-4, Jan. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032009000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de Jun. 2020.

CHAIM S.R.P. *et al.* Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta paul. enferm. [online]**. 2008, vol.21, n.1, pp.53-58. ISSN 1982-0194. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000100008>. >. Acesso: 30 de jun. 2020.

FIGUEIRO, E.A. *et al.* Marcadores séricos de trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em gestantes com antecedentes de pré-eclâmpsia grave. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, p. 40-46, Jan. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010020320120001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 19 de jun. 2020.

FREIRE C.M.V. *et al.* Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.93 no.6 supl.1 São Paulo Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-82X2009001300017&script=sci_arttext>. Acesso: 30 de jun.2020

GRAVENA, A.A.F. *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de Jul. 2020.

HERCULANO M.M.S. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal de mulheres com síndrome hipertensiva gestacional. 2010. 97f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [Internet].** 2010 Disponível em <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1977/1/2010_mmsherculano.pdf>. Acesso em 02 de Jul. 2020

HUÇULAK, M. C. *et al.* Rede Mãe Paranaense -Relato de experiência. Espaço para a Saúde. **Saúde debate**. vol.44 no.124 io de Janeiro Jan./Mar. 2020. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18347>>. Acesso em 1 de Jul. 2020

KERBER, G. F.; MELERE, C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista Cuidarte**. v.8 n.3 Bucaramanga, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.454>>. Acesso: 17 de jun. 2020.

KOOPMANS C.M. *et al.* Induction of labour versus ex-pectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicen-tre, open-label randomised controlled trial. **Lancet**. 2009;374 (9694):979-88. Disponível em < [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60736-4)>. Acesso em 03 Jul. 2020

LEVEY, A. S.; CORESH, J. Chronic kidney disease. **The Lancet.**, v. 379, n. 9811, p. 165-80, 2012.

LIMA A.G. *et al.* Síndromes hipertensivas graves–Estudo descritivo comadolescentes atendidas em maternidade escola. **Rev Rede Enferm Nordeste-Rev Rene**. 2012; 13 (2): 408-18. Disponível em < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3936> >. Acesso em 30 de Jul. 2020

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.107 n.3, supl.3. São Paulo. 2016. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf >. Acesso: 30 de jun. 2020.

MYATT L. *et al.* Strategy for Standardization of Preeclampsia Research Study Design. **Hypertension**. [Internet] 2014;63 Disponível em < <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.02664>>. Acesso em 18 de Jun. 2020

NÓBREGA, M.F. *et al.* PERFIL DE GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, p. 1805-1811, 1 maio 2016. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/9053/pdf_10232>. Acesso em 02 Jul. 2020

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: Relatório Nacional de Acompanhamento. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM**. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014. 208 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portaI/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf. Acesso:17 de jun. 2020.

OLIVEIRA, L. *et al.* Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, p. 609-616, Dez. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200008&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de Jul 2020.

PEIXOTO, M. V. *et al.* Síndromes Hipertensivas na GestaçãO: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu, Meio Amb. e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 208-222, 2008. Disponível em . Acesso em: 29 de jun. 2020

PERACOLI, J.C. *et al.* Síndromes hipertensivas da gestaçãO: identificaçãO de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**. 2005, vol.27, n.10, pp.627-634. ISSN 1806-9339. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005001000010> >. Acesso: 29 de jun. 2020

REZENDE FILHO J, MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia fundamental**. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SBARDELOTTO, T. *et al*. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], p. 1-11, 2 mar. 2018. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53699>>. Acesso em 02 jul. 2020.

SOARES V. *et al*. Maternal mortality due to pre-eclampsia/eclampsia in a state in Southern Brazil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009;31(11):566-73. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de Jul. 2020

THULER A.C.M.C. *et al*. Medidas preventivas das síndromes hipertensivas na gravidez na atenção primária. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 12(4):1060-71, abr., 2018. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234605/28678>>. Acesso em 04 e Jul. 2020

VAIMAN D. *et al* An Integrative Analysis of Pre-eclampsia Based on the Construction of an Extended Composite Network Featuring Protein-Protein Physical Interactions and Transcriptional Relationships. **Plos One**. [Internet] 2016;11(11) Disponível em<<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165849>>. Acesso em 02 jul 2020

VEGA, C.E.P. *et al*. Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). **Clinics**, São Paulo , v. 62, n. 6, p. 679-684, 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322007000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de Jul. 2020

Ana Paula de Brito Oliveira

Cientista Social formada pela Universidade Federal do Pará (UFPA)
Enfermeira formada pela Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)
Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA)

Ana Paula dos Santos Araújo

Enfermeira formada pela Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)
pós-graduanda em Enfermagem em Ginecologia e
Obstetrícia pela faculdade FINAMA

Bianca de Oliveira da Silva

Enfermeira pela Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)

Luna Carolina Cardoso Castro

Enfermeira especialista em Atenção à Saúde Mental
(UEPA/FPEHCGV); pós graduanda em Saúde
Pública: uma abordagem interprofissional (UEPA/FIOCRUZ)

Tháís Divina Trindade da Rocha

Enfermeira formada pela Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)
pós graduanda em Enfermagem em Ginecologia e
Obstetrícia pela Faculdade FINAMA.

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada principalmente pela hiperglicemia, podendo se manifestar de forma assintomática por longo tempo e estar associada a outras doenças, elevando índices de morbimortalidade. As úlceras nos pés e amputações se caracterizam como uma das principais complicações. **Objetivos:** Conscientizar os portadores de DM sobre o autocuidado com os pés para minimizar o risco de lesões, realizando ação de educação em saúde para promoção e prevenção de agravos e orientando sobre os cuidados com a doença e suas incapacidades. **Metodologia:** Através de exposição dialogada e observação participativa realizamos uma ação com pacientes portadores de DM, internados em um hospital de referência em Belém-PA. Foram realizadas orientações sobre os cuidados com os pés, realizando-se ampla inspeção da pele e observações da higiene, com distribuição de materiais para demonstração de cuidados, como: a forma como cortar as unhas, o uso do hidratante correto e os tipos de sapatos adequados. **Resultados:** Alguns pacientes possuíam conhecimento sobre a doença, os agravos causados por ela se não for tratada adequadamente, os cuidados necessários e a importância de uma boa alimentação, enquanto outros pacientes não possuíam tanto conhecimento sobre a doença, conhecendo apenas o básico (como diminuição do consumo de açúcar, ingestão da medicação prescrita na consulta e restrições alimentares) e não tinham boas condições financeiras para manter os hábitos saudáveis. **Conclusão:** Com esta ação obtivemos resultados positivos e satisfatórios sobre a conscientização dos portadores de DM, com orientações e estimulação para o autocuidado mediante a palestra e respondendo às indagações relacionadas ao tema. **Contribuições para enfermagem:** Com a educação em saúde é possível, promover a mudança de

hábitos, garantindo, assim, a prevenção, promoção e reabilitação em saúde nos diferentes níveis de atenção por meio de orientações e práticas do autocuidado.

Descritores: autocuidado, diabetes mellitus, pé diabético.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) com início insidioso, onde ocorre um distúrbio metabólico em que a hiperglicemia é gerada, ocasionando insuficiência na produção de insulina. A DM pode se apresentar de forma assintomática e associada a outros tipos de doenças. Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a glicemia elevada, denota a terceira causa de mortalidade precoce e a hipertensão e tabagismo são os fatores precedidos, uma problemática crescente na saúde pública no Brasil (SOCIEDADE DE DIABETES BRASILEIRA, 2019).

Os fatores de risco de diabetes estão ligados ao estilo de vida que a pessoa leva, sendo eles multifatoriais, com ênfase, aos hábitos alimentares não saudáveis e inadequados, vida sedentária, obesidade, histórico familiar, idade. É fundamental para a prevenção de complicações futuras fazer o monitoramento do controle glicêmico tendo como objetivo, a garantia de qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diante das complicações crônicas, enfatiza-se as diferenças entre as alterações macro e microvasculares. A macrovascular se refere a cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares, doença vascular periférica, que estão frequentemente associados à morbimortalidade para a qual pessoas diabéticas podem evoluir. As complicações microvasculares são caracterizadas pela retinopatia, nefropatia, neuropatia; causa comumente a cegueira irreversível, doença renal crônica, e amputações dos membros inferiores (SOUZA, OLIVEIRA, 2020).

Além destas complicações, a DM apresenta elevada morbimortalidade, afetando uma população que vem crescendo nos países desenvolvidos, prejudicando a qualidade de vida deste público acometido, sendo de difícil manutenção por obter elevados custos para seu controle (CORTEZ et al, 2014).

Mediante as medidas não farmacológicas e farmacológicas, há um controle intensivo capaz de reduzir a maior parte das complicações apresentadas. O acompanhamento do indivíduo requer uma equipe multiprofissional de saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com treinamento específico e adequado, utilizando serviços específicos e um plano terapêutico individualizado e que atenda às necessidades do paciente (SOUZA, 2020).

Neste contexto, o autocuidado se define como o ato da pessoa em prol do seu bem estar físico, associado ao bem estar mental e social, fazendo a manutenção da própria saúde. Para Collet et al (2018), o autocuidado possui etapas, as quais, inclusive se confundem com a própria educação em saúde, entre as quais se encontram: avaliação (onde são identificados os conhecimentos, comportamentos, vida social e histórico de saúde), aconselhamento (onde se identifica a transmissão de informações construtivas e educação em saúde), a realização de acordo (quando há a construção conjunta e colaborativa do plano de autocuidado a partir das informações previamente obtidas na avaliação), a identificação de barreiras, motivações e envolvimento; e o acompanhamento (em que serão definidas a forma de monitoramento mais eficaz de acordo com o perfil do usuário).

Logo, o autocuidado na DM é de suma importância, envolvendo o acompanhamento diário de glicemia, adesão de novos hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física, regularidade no tratamento com o uso contínuo de medicamentos, cuidados com os membros inferiores e atenção aos pés, pois há uma sensibilidade maior nessa região; essas

boas práticas são necessárias para uma boa qualidade de vida, reduzindo a morbimortalidade e estimulando o autocuidado (MENDES, 2019).

O DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES

O Diabetes Mellitus leva a diversas complicações crônicas, dentre elas estão: retinopatia diabética, neuropatia diabética, doença cardiovascular, doença coronariana, nefropatia diabética, doença cérebro vascular, complicações do diabetes, pé diabético, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico e hipoglicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O Pé Diabético é uma das complicações mais frequentes do Diabetes Mellitus e pode resultar em feridas, infecções e até em amputação dos membros inferiores. Mesmo com o aumento da oferta dos serviços de saúde no cuidado aos pacientes com doenças crônicas, os números de úlceras e amputações de membros inferiores ainda são altos. A ferida geralmente aparece na parte dorsal, dedos e bordas dos pés, ocasionadas por calçados inadequados, pés com sensibilidade diminuída, incapacidade do autocuidado, má alimentação, possuindo como outro fator que contribui para o aparecimento da ferida, o ressecamento, que facilita as rachaduras, perda da sensibilidade, hipotrofia muscular e calosidade. Sendo necessário avaliar e identificar o grau de acometimento deste membro e se há infecção na úlcera para traçar um plano de cuidados e prevenir complicações (CUBAS, et al 2013).

É importante fazer a avaliação de acordo com a classificação fisiopatológica do pé diabético como: temperatura (se está quente, morno ou frio), coloração (normal, pálido com elevação ou cianótico com declive), aspecto da pele (seca, fissurada, fina e brilhante), deformidades (Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro), sensibilidade (diminuída, abolida, alterada, sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes), pulsos pediais (amplos, simétricos, diminuídos ou ausentes), se há presença ou ausência de calosidades e edemas, localizações mais comuns das úlceras quando houver (se são 1º e 5º metacarpos e calcâneo posterior); redondas, com anel querotásico peri ulcerativo, não dolorosas, latero-digital, sem anel querotásico e dolorosas). Após essa verificação dos sinais e sintomas, é possível identificar se o pé é neuropático, o qual é definido pela perda da sensibilidade ou pé isquêmico, que se caracteriza pela claudicação intermitente ou dor à elevação do membro (BRASIL, 2016).

É necessário que a equipe multidisciplinar oriente seus pacientes portadores do diabetes, sobre o autocuidado com os pés, a forma correta de cortar as unhas, a qual a forma adequada é em linha reta, a importância da higiene pessoal, evitar andar descalço ou usar calçados inapropriados e hidratar os pés, a fim de prevenir o aparecimento de úlceras nos membros inferiores, utilizando ferramentas capazes de auxiliar no processo de classificação e grau de lesões, evitando o agravamento da mesma. Além disso, orientar e realizar o controle da glicemia, colesterol, ter alimentação adequada e realizar atividades físicas, buscando alcançar uma qualidade de vida também se constituem como responsabilidades da equipe de saúde, em especial, o enfermeiro (JARA, 2017).

Como membro da equipe multiprofissional e por estar em contato direto e mais próximo ao paciente, o enfermeiro possui como uma das funções primordiais no atendimento ao portador de DM, o desenvolvimento de ações de educação em Saúde, as quais visem a qualidade de vida, efetividade do tratamento para aquisição de uma vida saudável, possuindo como atividades e condutas o respeito aos aspectos culturais de cada indivíduo, a importância do incentivo à relação paciente-equipe (com participação ativa do paciente em seu tratamento), negociação de plano terapêutico individualizado, discussão do plano com os familiares do paciente, entre outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

O cuidado, orientação e conscientização desses pacientes é fundamental para prevenir e reduzir as taxas de desenvolvimento de lesões e amputações, dessa forma a equipe de enfermagem tem papel importante em realizar uma assistência de qualidade e minimizar os danos à vida do diabético, através de detecção precoce de complicações e acolhimento desses pacientes para um tratamento adequado (BORGES, 2019).

DIABETES MELLITUS: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

O diabetes mellitus é um problema de saúde crescente, que se configura como uma epidemia mundial. Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), estima-se que 8,8% (424, 9 milhões de pessoas) da população mundial entre 20 a 79 anos de idade viva com diabetes. Sendo seguida essa tendência, estima-se que em 2045 esse número chegará a 628,6 milhões de pessoas (IDF, 2017).

Neste panorama, em 2017, o Brasil assumia a 4º posição mundial com cerca de 12,5 milhões de pessoas com diabetes mellitus, projetando para 2045, a 5º posição com 20,3 milhões de pessoas com DM. Além de estimar que cerca de 50% dos casos de diabetes em adultos não sejam diagnosticados (IDF, 2017).

A prevalência da DM está intimamente ligada aos fatores do crescimento e do envelhecimento populacional, da obesidade, sedentarismo, tabagismo, mau hábito alimentar, maior urbanização e sobrevida do paciente diabético (FERREIRA, FERREIRA, 2009).

Dado o fato de que a doença está associada a maiores taxas de hospitalizações e utilização dos serviços de saúde, é notório que o mesmo irá se expressar em uma carga maior para os sistemas de saúde de todos os países (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019/2020).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) apresenta vários estudos epidemiológicos sobre a incidência (frequência de novos casos, que expressa o risco da população em adquirir a doença) e a prevalência (casos existentes, que expressa tanto a magnitude como a carga que a doença representa para a sociedade e ao sistema de saúde atualmente) da diabetes mellitus no Brasil.

Segundo os dados epidemiológicos do diabetes mellitus no Brasil, no ano de 2019, o País possuía 16,8 milhões de pessoas acometidas pela diabetes mellitus, com prevalência nacional de 7,6%, onde 50% dos indivíduos identificados com diabetes não sabiam que tinham diagnóstico.

Quanto à prevalência da DM, de acordo com sexo, as mulheres são mais acometidas, representando 8,1% de prevalência, enquanto que os homens representam 7,1%. Em relação à prevalência de acordo com a idade, pessoas entre 65 anos ou mais são as mais acometidas com uma representação de 23,1%, entre 55 a 64 anos possuem representação de 16,8% e entre 18 a 24 anos representam 0,8%.

Desde 2017, a "diabetes e doenças do rim" ocupa o 3º lugar no ranking em relação a mortes por 100 mil habitantes, ligadas a ambos os sexos e o 7º lugar em relação à causa das mortes prematuras no Brasil (SBD 2018/2019).

Quando se aborda o custo para a saúde, a DM no Brasil representa o valor de US\$ 50 bilhões, onde se estimava em 2007 um custo anual de US\$ 2.108 por paciente (os custos aumentam de acordo com o quadro clínico do paciente) (IDF, 2019).

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA EM SAÚDE

Para Ramos et al (2018) a educação em saúde é compreendida como o processo de aprendizagem teórico-prático que possui o objetivo de integrar diversos saberes, entre os quais se encontram o saber científico, o popular e o do senso comum (empírico),

possibilitando que os indivíduos envolvidos desenvolvam uma visão crítica acerca da produção do cuidado em saúde, configurando-se como um ato que promove a cidadania por meio do fortalecimento do indivíduo como ser responsável pela promoção de sua saúde e de outrem.

Nesse contexto, Pereira (2003) *apud* Paixão e Paes (2016), afirma que tanto a saúde quanto a educação são áreas ricas para produção do conhecimento, havendo necessidade da aquisição de práticas educativas nos diversos âmbitos da sociedade, para assim haver reflexão crítica acerca dos comportamentos que cada um possui diante de sua saúde e para que haja promoção em saúde.

Com isso, faz-se necessário que a prática da educação em saúde, por meio dos profissionais que a desenvolvem, realize uma associação entre as ciências da saúde, sociais e a educação para que haja a realização de ações educativas democráticas, respeitando a liberdade individual e o processo de conscientização, ações estas voltadas para o desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas, constituindo-se como ferramenta para estimular o autocuidado e a autoestima. (ROECKER, NUNES, MARCON, 2013).

Para os mesmos autores citados acima, a educação em saúde é uma prática inerente ao enfermeiro, regulamentada pelo Artigo 11 da Lei do exercício profissional, cabendo a este profissional o desenvolvimento de práticas que garantam a individualidade, o contexto social e a comunidade em que cada indivíduo se insere (ROECKER, NUNES, MARCON, 2013). Logo, rompe com o paradigma do saber biomédico, garantindo que o cuidado ocorra com o auxílio do enfermeiro, mas que é produzido e apreendido pelo paciente.

Desta maneira, ações de educação em saúde ao favorecerem o autocuidado devem ser cada vez mais incentivadas, garantindo-se, assim também melhor capacitação das equipes em saúde, a fim de prevenir, reabilitar e tratar agravos de saúde, modificando o processo saúde-doença (RAMOS et al, 2018).

Assim, torna-se imprescindível a realização da educação em saúde como fermenta no tratamento de portadores de DM. Portanto, como objetivos deste estudo tem-se: conscientizar os portadores de DM sobre o autocuidado com os pés para minimizar o risco de lesões, realizar ação de educação em saúde para promoção e prevenção de agravos e orientar sobre os cuidados com o manejo da doença e suas incapacidades.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, estudo realizado nas aulas práticas em campo de estágio do curso de graduação em Enfermagem, executado em um hospital de referência localizado na cidade de Belém-PA no ano de 2018.

Através de uma exposição dialogada e observação participativa, realizamos uma ação em saúde com pacientes portadores de diabetes mellitus internados no local. A metodologia de observação participante, como afirma Agrosino (2009), é definida como uma estratégia de pesquisa em que o observador e os observados se encontram em uma relação de interação que ocorre no ambiente de trabalho dos observados. Logo, foi a metodologia escolhida para este artigo, por garantir esta interação e atuação em serviço.

Foi explanado aos pacientes sobre a doença e os cuidados que devem ser tomados para ter uma boa qualidade de vida, com isso, foram realizadas orientações sobre a importância dos cuidados dos pés, região essa que é comumente afetada devido à perda de sensibilidade dos membros inferiores, configurando-se como uma das complicações mais frequentes. Após as orientações com os cuidados dos pés, foi realizado uma ampla inspeção da pele; integridade, hidratação, presença de lesão, deformidade e observação da higienização, com distribuição de materiais para demonstração dos cuidados, como: a

forma correta de como cortar as unhas de forma alinhada, uso do hidratante correto para que mantenha a pele hidratada e os pés sem rachaduras, e tipos de sapatos adequados, não podendo ser sapatos fechados e apertados.

Alguns pacientes possuíam o conhecimento sobre a doença, os agravos que ela acarreta e o autocuidado, enquanto outros não possuíam este conhecimento, sendo fundamental, para o enfermeiro, desenvolver mais atividades educativas como esta que promovam a promoção e prevenção em saúde.

RESULTADOS

A DM por se tratar de um problema de saúde pública e ainda, como demonstrado por IDF (2017), que irá acometer grande parte da população mundial e brasileira até 2045, deve ser melhor compreendida pelos indivíduos que a possuem, a fim de evitar incapacidades e agravos à saúde.

Desta maneira, torna-se imprescindível que ações em saúde sejam realizadas de modo a conscientizar os indivíduos, nos diferentes níveis de saúde, para que assim se obtenha a aquisição do conhecimento e mudanças de hábitos em saúde, para promoção e prevenção da mesma.

Ao se realizar a ação em saúde, em forma de educação em saúde, que é uma atividade inerente ao enfermeiro, foi possível identificar que, mesmo em âmbito hospitalar, pouco este tipo de ação é realizado, ocasionando carência na compreensão dos indivíduos que estão internados naquele espaço, sendo possível identificar, ainda, a carência de ações como estas também na Atenção Básica (AB), a qual normalmente é a porta de entrada dos indivíduos com Diabetes ao iniciarem tratamento no programa Hiperdia (responsável pelo tratamento da diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica), o que foi visualizado ao encontrar usuários que ainda desconheciam a importância dos cuidados com a DM, bem como suas complicações, como neuropatia, pé diabético, entre outras.

Neste contexto, Gomes e Santos (2017) afirmam que a presença de DM e suas complicações, não apenas comprometem a qualidade de vida, como esta também é comprometida de acordo com o número maior de comorbidade e morbimortalidade que o indivíduo possui, sendo, portando, uma doença que requer atenção desde a AB até o nível terciário, o qual foi o ambiente deste estudo.

Corroborando com Souza e Oliveira (2020), Gomes e Santos (2017) pontuam inúmeras complicações da DM, entre as quais se destacam a retinopatia, as amputações, nefropatia com insuficiência renal, identificando, ainda complicações cardiovasculares, como angina, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva por estarem relacionadas à presença de elevada quantidade de colesterol e glicemia no sangue, o que se identifica presente quando associada a má alimentação e hábito de vida sedentário, pontuados por Jara (2017).

Com a realização da educação em saúde, identificou-se que os usuários internados em um hospital do Município de Belém, em 2018, necessitavam de mais informações acerca da DM, não apenas relacionadas ao controle da mesma, mas sobre a aquisição dela, métodos para prevenir agravos em saúde, sendo importante ressaltar, a adesão medicamentosa e os cuidados para evitar complicações e incapacidades oriundos do não tratamento adequado.

Da mesma forma que se faz necessário, em educação em saúde, associar conhecimentos dos usuários com os conhecimentos científicos, sendo possível, nessas ações educativas, desmistificar saberes culturais que podem acarretar maiores agravos em saúde, como não hidratar a pele, em especial dos pés, realizar jejum para não elevar a glicemia, e orientar práticas saudáveis, como a importância de uma dieta balanceada, evitando jejum prolongado, mudança de hábito de vida para realização de prática de

atividade física e especialmente atitudes que envolvam o autocuidado (corte das unhas, hidratação cutânea, secagem dos pés e uso de calçados confortáveis), haja vista que, normalmente quando se descobre a doença, devido às restrições alimentares se tem uma diminuição do autocuidado e autoimagem, como afirma Collet et al (2018) em seu estudo com pré-adolescentes, em que ao se diagnosticar a DM, um dos sentimentos presentes, é a tristeza, sendo fundamental incentivar e orientar a retomada desta atividade, que é o que irá melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, estejam eles internados ou não.

Por meio da realização da educação em saúde também foi possível identificar um dos principais agravos, o pé diabético, o qual prejudica a autoimagem e autoestima, através da inspeção dos membros inferiores, avaliação de presença de anomalias em relação à coloração, presença de rachaduras, entre outras atividades, sendo fundamental o desenvolvimento de cuidados mais específicos pelo usuário e família.

Com isso, a realização da educação em saúde, promoveu a obtenção de resultados positivos e satisfatórios sobre a conscientização dos portadores de DM, com orientações e estimulação para o autocuidado mediante a palestra e respondendo às indagações relacionadas ao tema.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

A enfermagem tem seu papel fundamental no autocuidado, pois para o paciente ter conhecimento sobre os cuidados básicos em saúde é fundamental para se evitar complicações, sendo necessário, para que esta comunicação ocorra de forma mais fácil e de forma facilitada, a promoção de ações de educação em saúde, entre elas, a educação em saúde.

Logo, o enfermeiro é importante no processo do autocuidado por estar presente em várias etapas do cuidado, que vão desde o diagnóstico clínico e de enfermagem até as orientações que visam a diminuição de complicações (QUEIROZ, 2017). Quando envolvido na assistência, este profissional possui como funções: as orientações em saúde, escuta qualificada e incentivo ao tratamento (VIEIRA, 2012).

A figura do enfermeiro já o classifica como um ser fundamental neste processo, pois irá reforçar a prática e importância do autocuidado, sendo responsável por estimular o paciente a se inserir e se tornar o responsável pelo seu tratamento. Visto que o enfermeiro é um profissional capacitado, irá repassar orientações apropriadas para a eficácia do tratamento, diminuindo os riscos de complicações dos agravos em saúde (SMELTZER, BARE, 2012).

Desta maneira, o enfermeiro pode atuar diretamente nas estratégias de promoção em saúde, esclarecendo dúvidas e fornecendo apoio aos pacientes, evidenciando que é papel deste profissional não apenas a educação em saúde destes usuários do serviço, como também da família e comunidade (VIEIRA, 2012).

Assim, um dos desafios do campo da saúde é a busca por estratégias de autocuidado, que sejam de fácil aceitabilidade pelo usuário e família, devendo-se abordar, ainda, o contexto socioeconômico e cultural destes indivíduos para que a terapêutica utilizada seja integral e holística. Nessa perspectiva, o autocuidado surge como uma estratégia entre profissional e paciente, tornando-se imprescindível que o paciente tenha conhecimento sobre a doença, sendo orientado quanto aos cuidados e importância de mudanças de hábitos para garantir melhor qualidade de vida. Estas são ações que contribuem para melhor adesão ao tratamento tanto da família, quanto dos usuários, assim como garante melhor vínculo terapêutico (FRAGOSO., et al 2019).

CONCLUSÃO

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica que continua sendo uma problemática progressiva na saúde pública brasileira, possuindo fatores de risco que se associam com os hábitos e o estilo de vida não saudável do indivíduo podendo ocasionar uma progressão da doença, acarretando uma série de patologias e complicações crônicas referidas como: a cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares, doença cardiovascular periférica, retinopatia, nefropatia, neuropatia e amputações de membros comumente nos membros inferiores, as quais afetam a saúde, o bem estar e a qualidade de vida.

É imprescindível a conscientização sobre a prática do autocuidado, onde as ações em saúde favorecem e estimulam o paciente sobre esta forma de cuidar, sendo de suma importância para o paciente que a educação em saúde seja utilizada como uma ferramenta pela equipe, em especial, o enfermeiro, a fim de promover uma metodologia que crie vínculo entre o usuário e equipe, a partir da disseminação de conhecimento.

Com o objetivo de incentivar e orientar o paciente na aquisição de mudanças de hábitos de saúde e, por conseguinte, adquirir melhor qualidade de vida, é necessário que se desenvolvam mais atuações em âmbitos de reabilitação voltadas às ações educativas, ações essas que se tornas imprescindíveis na AB e em outros níveis de atenção, empoderando-se, assim, o enfermeiro nos diversos serviços de saúde, além de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta maneira, compreende-se a importância da orientação para pacientes portadores de DM como um processo que deve ter a participação do mesmo, de uma equipe capacitada e família, para que assim a educação seja realizada de forma eficaz e eficiente, repercutindo na diminuição de agravos em saúde e diminuição na incidência de casos a partir desta conscientização sobre o processo saúde-doença.

Logo, com didáticas simples e que podem ser aplicadas ao dia a dia do profissional de enfermagem, como a demonstração de técnicas de cuidados com os pés, inspeção, que fazem parte do exame físico em uma consulta de enfermagem, é possível compartilhar conhecimento para mudança de paradigmas na assistência, de modo que o usuário dos serviços possam atuar, de forma compartilhada na manutenção de sua saúde, não apenas em âmbito hospitalar, mas também fora do mesmo, atuando-se, com isso, eficazmente em prevenção e promoção em saúde.

REFERÊNCIAS

AGROSINO, M. Etnografia e observação participante. Editora Artmed. 2009;

BORGES, R. L. G., BRANDÃO, N. S., CARVALHO. A. C. G. A assistência do enfermeiro na prevenção do pé diabético em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778 Nº 5, volume 5, artigo nº 02, Julho/Dezembro 2019 D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v5n5a2> Edição Especial Disponível em: www.reinpec.org .Acesso em: 14 de Junho de 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Número 16. Brasília. 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF> Acesso em: 19 de junho de 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília/DF, 2016. 64 p.

Disponível

em:<http://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf> Acesso em: 14 de Junho de 2020;

COLLET, N., BATISTA, A. F. de M. B., NÓBREGA, V. M. da., SOUZA, M.H. do N., FERNANDES, L. T. B. Autocuidado apoiado no manejo da Diabetes tipo 1 durante a transição da infância para adolescência. Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03376.pdf > Acesso em: 06 de julho de 2020;

CORTEZ, D.N., REIS, I.A., SOUZA, D.A.S., MACEDO, M.M.L., TORRES, H.C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Revista Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 28, número 3. São Paulo. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000300250> Acesso em 19 de junho de 2020;

CUBAS, et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Curitiba-PR, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502013000300019&script=sci_arttext> Acesso em: 14 de Junho de 2020;

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., V. 53, n. 1, p. 80-86. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012&lng=en&nrm=iso>Acesso em: 04 jul. 2020;

GOMES, A. R., SANTOS, L. Prevalência das complicações da diabetes mellitus no ACeS Santo Tirso/Trofa: estudo descritivo. Rev Port Med Geral Fam; 33:252-60. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmsgf/v33n4/v33n4a03.pdf>> Acesso em: 07 de julho de 2020;

International Diabetes Federation (IDF). Atlas. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation. 2017;

JARA, A. C.. O papel da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com pé diabético. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro de Universitário Anhanguera Campo Grande Unidade II, Campo Grande, 2017, 39f. Disponível em: <<http://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/13864/1/ALESSANDRA%20D A%20CRUZ%20JARA.pdf> > Acesso em: 14 de Junho de 2020;

MENDES, J.S. O (auto) cuidado do diabetes mellitus na atenção primária: o estudo de um caso a partir da experiência no PET- saúde/graduaSUS. PECIBES. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/7814>> Acesso em: 13 de junho de 2020;

PAES, C.C.D.C., PAIXÃO, A.N.P., A importância da abordagem da educação em saúde: revisão de literatura. Revista de Educação da universidade Federal do Vale do São Francisco. Número 6, vol. 11. Vale do São Francisco. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/38>> Acesso em: 19 de junho de 2020;

RAMOS, C.F.V., ARARUNA, R.C., LIMA, C.M.F., SANTANA, C.L.A., TANAKA, L.H.. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1144.pdf> Acesso em: 19 de junho de 2020;

ROECKER, S., NUNES, E.F.P.A., MARCON, S.S. O Trabalho Educativo Do Enfermeiro Na Estratégia Saúde Da Família. Revista Texto e Contexto enfermagem. Vol. 22, número 1. 2013. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100019&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 19 de junho de 2020;

SANTOS, A.L. et al. Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. Ciências & saúde coletiva, 20(03):761-770, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232015000300761&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 14 de junho de 2020;

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Dados epidemiológicos do diabetes mellitus no Brasil (2018/2019). 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/SBD-_Dados_Epidemiologicos_do_Diabetes_-_High_Fidelity.pdf>Acesso em: 04 jul. 2020;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, São Paulo, 2019. Acesso em: 05 de junho de 2020;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes tipo 2. São Paulo-SP, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes-tipo-2> Acesso em: 14 Junho de 2020;

SOUZA, C.L., OLIVEIRA, M. V. Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia. Cad saúde colet, 2020;28(1); 153-164. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2020000100153&script=sci_abstract&tlng=pt>

Bianca Cavalcante Áglas

Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela
Singular Educacional

Fernanda Feijó Martins

Psicóloga. Residente Multiprofissional em Materno-Infantil pela
Faculdade Federal de Goiás-UFG

Glenda Caroline Pereira do Nascimento

Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela Singular Educacional

Led Daianna Fernandes de Figueiredo

Enfermeira do Hospital Infantil DR Fajardo e Mestranda
Universidade Federal do Amazonas programa de
pós-graduação em enfermagem Mestrado Associado em
Enfermagem UFAM-UEPA. Manaus-Amazonas

Rodrigo da Silva Martins

Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência
pós-graduando em Saúde Pública com ênfase em
Saúde Indígena e Saúde da Família pela Singular Educacional e
Professor do curso de enfermagem do Centro Universitário do Norte-Uninorte

Soraia Santos Tatikawa Campos

Enfermeira. Mestre em Ciências e Meio Ambiente pela
Universidade Federal do Pará-UFPA

RESUMO

A experiência da hospitalização no universo infantil muitas vezes ocorre de maneira abrupta e danosa ao processo de desenvolvimento da criança, pois traz o imprevisível e desconhecido, em contraponto a uma fase onde o mundo é preferível estar delimitado e controlado pelas mãos da criança. Proporcionar rotinas e criar uma ambiência lúdica ao universo infantil no período de hospitalização pode ser um dos pontos chaves para que esse processo seja vivenciado e superado de forma satisfatória, e com exponencial potencialidade de ressignificação dessa etapa. É possível experienciar o mundo infantil no ambiente hospitalar, mas também é necessário que a equipe de saúde esteja disposta e capacitada de também vivenciar essa experiência junto a criança. Tem por objetivo, descrever a experiência obtida através de atividades lúdicas realizadas em um hospital e pronto socorro infantil público, da cidade que Manaus-AM. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por um grupo de acadêmicos, durante o estágio saúde da criança. As atividades foram desenvolvidas no período decorrente do estágio, 25/05/2018 à 19/06/2018, em duas enfermarias pediátricas, os pacientes tinham entre três e cinco anos. A atividade foi dividida em dois momentos: no planejamento e na implementação. No planejamento foi montado um cronograma que direcionava a atividade e na implantação ocorreu a interação com as crianças e responsáveis utilizando métodos lúdicos, como histórias com fantoches, desenhos, músicas, livretos e distribuição de brinquedos. A experiência permitiu utilizar a atividade lúdica como meio para atingir uma

assistência de forma integral e humanizada. Auxiliou na construção de pensamentos críticos e ampliação da visão em diversos eixos em que os enfermeiros estão incluídos, não apenas tecnicistas ou gerenciais, mas que conseguem observar o todo em que seus pacientes estão inseridos, permitindo um cuidado individualizado e integral.

Descritores: Hospitalização; Criança; Jogos; Brinquedos.

INTRODUÇÃO

Ser criança é estar em um tempo e espaço único, onde a fantasia se funde a realidade. É de costume social projetar que a infância será plena e saudável, e qualquer tipo de acometimento à saúde que possa atingir a criança nessa etapa chega a ser injusto⁽¹⁾.

Há uma apresentação diretiva de como se dá para a criança a complexidade sobre o entender do processo de vulnerabilidade em que pode se encontrar. A tênue linha entre o mundo fantástico, onde tudo é feito ou desfeito em um piscar de olhos, em contrapartida, o adoecimento, por exemplo, está em uma realidade mais concreta e completamente diferente da qual a criança está acostumada e que não irá conseguir alterar sozinha esse cenário⁽²⁾.

Assim, o desconhecido torna-se assombroso e temeroso a criança, o incerto e imprevisível é uma inconstante que não favorece os parâmetros que a criança tem de sua realidade. E assim sendo, sabe-se da importância da repetição, principalmente em tenra idade, seja de desenhos, brincadeiras, comportamentos e afins, pois garante a criança a certeza e segurança do ‘próximo passo’, algo que é rompido ou danificado no processo de hospitalização⁽³⁾.

O universo infantil é envolto de experiências e emoções próprias, e muito dificilmente, um adulto conseguirá acessá-lo sem fazer mão de ferramentas lúdicas, principalmente no ambiente hospitalar. Adentrar esse universo é conseguir acessar as inúmeras maneiras de contato com a criança, compreender seus pensamentos, ter um olhar mais amplo sobre como seus sentimentos são expressos, e principalmente, criar uma ponte de contato com a criança, respeitando-a em sua integridade e dando a ela a independência de ser quem ela é, em qualquer mundo que esteja, sendo no infantil ou no adulto⁽⁴⁾.

Percebe-se que o medo, de uma maneira mais generalizada, serve como um sinalizador da realidade para a criança, pois algo que estava no mundo das ideias passa a existir no mundo concreto, assim, é preciso que se reconheça alguns dos principais exemplos, e que se possa melhor elaborar os mesmos, junto a prática laboral de cada profissional inserido no cuidado dessa criança⁽⁵⁾.

Os medos mais comuns na tenra idade são de pessoas desconhecidas, que os pais desapareçam, de se perder, de locais estranhos, de ficar sozinho, de escuro, de monstros, por exemplo. O ambiente hospitalar costuma apresentar algumas dessas características, além de romper drasticamente com a rotina da criança. Por isso é fundamental que haja uma construção de ambiência para promover um menor dano à saúde física e emocional, proporcionando uma adaptação o mais próximo do saudável a essa criança⁽⁶⁾.

O ambiente hospitalar tal como é, na maioria das vezes, permite apenas que os profissionais prestem serviços puramente técnicos, a rotina corrida e o grande fluxo de pacientes, corroboram para isso. Contudo, sabendo da elevada carga de estresse que uma hospitalização confere aos pacientes, principalmente a pacientes pediátricos, é de suma importância que as unidades hospitalares disponham de recursos adequados para que possam ser oferecidas atividades lúdicas que amenizem o nível de estresse das crianças, e que tornem a sua internação menos desagradável, colocando a criança numa posição

mais compreensiva diante da sua internação e dos procedimentos pelos quais deverá passar ⁽⁷⁾.

Acredita-se que a grande maioria dos profissionais compreenda essa necessidade, além disso a resolução COFEN 546/2017 dispõe em seu art. 1º que “Compete à Equipe de Enfermagem que atua na área pediátrica, a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas”, formalizando o uso do brinquedo terapêutico que é um artigo lúdico, como competência da equipe de enfermagem, no entanto alguns dos profissionais não têm instrução ou mesmo não têm à mão os recursos necessários para implementar tais atividades, a maioria das unidades hospitalares não possuem ambientes voltados para recreação, inclusive, mesmo as unidades hospitalares focadas exclusivamente no atendimento pediátrico, na sua grande maioria, não possuem um ambiente específico para isso, em algumas unidades esse ambiente acaba sendo improvisado tendo assim um espaço muito pequeno e poucos materiais ⁽⁸⁾.

Desse modo, por mais que haja esforços por parte dos profissionais de saúde para proporcionar um ambiente mais agradável para as crianças, estes acabam encontrando barreiras, fazendo com que a assistência seja extremamente tecnicista e que o ambiente torne-se desfavorável ao cuidado, ocasionando assim, uma experiência que já é estressante em uma vivência traumática ⁽⁹⁾.

Apesar de o estatuto da criança e do adolescente assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, devendo a criança ser tratada com respeito e dignidade, deve-se levar em consideração que faz parte de uma assistência integral, a promoção de meios que tornem menos estressante a hospitalização no âmbito pediátrico ⁽¹⁰⁾.

É importante frisar que como todo paciente a criança tem o direito de tomar conhecimento a respeito do seu estado de saúde e a acerca dos procedimentos aos quais será submetida, contudo, esse reconhecimento deve ser transmitido de acordo com as capacidades cognitivas para cada faixa etária, brinquedos, desenhos e uma linguagem adequada ao seu entendimento devem ser estabelecidas, além de atender a um direito, isso contribui para a diminuição do estresse e ansiedade da criança, favorecendo a assistência em si. Também é direito da criança e do adolescente hospitalizado, desfrutar de alguma forma de recreação, de educação em saúde e acompanhamento do currículo escolar, é imprescindível para o bem estar social e emocional da criança que tais direitos sejam devidamente atendidos, tendo em vista que estar em um ambiente completamente diferente de seu lar, onde será frequentemente exposto a procedimentos desconfortáveis e a pessoas estranhas deve ser considerada uma experiência traumatizante, especialmente para as crianças na faixa etária do pré-escolar, por exemplo, onde este está mais voltado para brincadeiras e interação com os colegas ⁽¹¹⁻¹²⁾.

A resolução 41 do CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) que trata dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados, dispõe também sobre o “direito a que os pais ou responsáveis pelo menor participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido”, deve-se lembrar que no ambiente pediátrico não se lida somente com o paciente, mas com a família, Alguns profissionais referem que por muitas vezes os acompanhantes de crianças hospitalizadas acabam atrapalhando a assistência, pois, também estão sendo submetidos a uma situação estressante e costumam demonstrar ansiedade diante da condição de saúde de seus entes, tal situação exige a criação de uma relação de confiança entre profissional e família, deixando claro para o responsável todo o processo de hospitalização, do diagnóstico ao prognóstico, usando sempre uma linguagem clara e objetiva, esclarecendo possíveis dúvidas, informando sobre os procedimentos aos quais a criança será submetida, essa conduta ameniza a ansiedade do acompanhante tornando-o um aliado no processo do cuidado ⁽¹²⁾.

Mesmo sendo conferido por lei a criação de ambientes de recreação em unidades hospitalares que atendam ao público pediátrico, observa-se que muitas unidades não as possuem, a Lei nº 11.104 de 21 de março de 2005, trata da obrigatoriedade por parte dos hospitais de possuírem em suas instalações um ambiente exclusivo para brinquedoteca, tais medidas corroboram para tornar a criança um parceiro ativo no seu processo de tratamento, além de ajudar a manter sua integridade emocional e psicológica, aumentando a aceitabilidade e compreensão acerca de sua hospitalização⁽¹³⁾.

O lúdico é uma técnica inovadora na promoção à saúde, auxiliando no processamento da hospitalização, tornando-se um aliado na assistência frente às inúmeras barreiras na prestação de cuidado a essa clientela. Buscando atender de forma integral, não apenas intervir na patologia, mas traçando estratégias de que possam ser eficazes para integralidade do cuidado e da humanização, fornecendo através do brincar a amenização do sofrimento, estresse, o medo do desconhecido, propiciando uma construção de confiança com os prestadores do cuidado, momentos para expressão de sentimentos, inquietudes e frustrações, diminuindo os sentimentos negativos durante a hospitalização⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O processo de hospitalização acomete severos impactos à realidade diária da criança, logo, o lúdico, no ambiente hospitalar, mostra-se como uma alternativa para minimizar os possíveis danos dessa experiência, além de oferecer à criança um porto seguro de acontecimentos que ela possa prever, escolher e executar a partir de suas próprias prerrogativas⁽¹⁶⁾.

Este trabalho tem por objetivo, descrever a experiência obtida através de atividades lúdicas realizadas em um hospital e pronto socorro infantil público, da cidade que Manaus-AM.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por um grupo de acadêmicos. Ocorrido no contexto da Disciplina Estágio Supervisionado I - Saúde da Criança, eixo educação em saúde, ministrada no 9º período do curso de Graduação de uma Instituição de Ensino Superior em Enfermagem.

As atividades foram desenvolvidas no período decorrente do estágio, 23/05/2018 à 19/06/2018, em duas enfermarias pediátricas, os pacientes tinham entre três e cinco anos. Foram utilizados procedimentos como: observação direta e anotações, a fim de avaliar qual seria a melhor abordagem para realização da atividade lúdica, pois esta não era realizada no hospital.

RESULTADOS

Após a observação, notou-se a ausência do desenvolvimento da prática lúdica nas enfermarias pediátricas, visto os inúmeros benefícios que a mesma traz para os pacientes, profissionais e familiares, levantou-se o tema da educação em saúde: Atividade Lúdica em ambiente hospitalar, com foco nos pacientes pediátricos e seus acompanhantes. Realizada em duas etapas: I planejamento, II implementação.

Etapa I – PLANEJAMENTO: Depois da definição do tema, o grupo de estágio foi dividido em três duplas: DI, DII, DIII cada dupla ficou responsável por buscar dinâmicas, músicas, desenhos, histórias infantis, jogos, ornamentação das enfermarias, vestimenta, voltados tanto para as crianças quanto para os acompanhantes.

O grupo ainda teve a ideia de arrecadar brinquedos para doar no dia da ação, essa arrecadação foi viabilizada na faculdade, na qual foram divulgados os objetivos da ação e

onde seria empregado, todos do grupo ficaram responsáveis pela divulgação do projeto e recebimento das doações. Os brinquedos foram separados conforme a faixa etária permitida e embalados para serem entregues como lembrança no final da atividade.

Pensou-se no “momento desenho”, para que as crianças pudessem se expressar através dos seus desenhos. Apesar de pouco se expressarem através da fala, muito se expressam por meio de desenhos, o desenho confere a criança a possibilidade de externalizar seus sentimentos

Foi montado um cronograma para guiar a preparação da atividade a qual ocorreu entre os dias 25/05 e 15/06, sendo que a cada 3 dias, eram realizadas reuniões para debater as dificuldades e objetivos alcançados. Foram realizadas um total de 6 reuniões, sendo suficientes para a preparação e cumprimento do plano estabelecido.

A DI, ficou responsável por explorar o mundo dos desenhos, para isto, buscaram montar kits com desenhos, esses desenhos deveriam passar a mensagem de situações vivenciadas pelos pacientes ou que estavam presentes no seu dia a dia, tais como: profissionais de jaleco, enfermaria, remédios, seringas, sobre a higiene do local e pessoal. Realizaram o levantamento da quantidade de lápis de cor necessária para a montagem dos kits e ainda ficaram responsáveis pela criação de uma playlist de músicas infantis variadas, dentre as músicas selecionadas estão: “Escravos de Jó”, “Borboletinha”, “Dez indiozinhos”, “A dona aranha” e como estava em época de festa junina, foram selecionadas músicas para a ocasião também, como: “Noite de São João”, “Pai Francisco”, entre outras.

A DII ficou com a função de adentrar no mundo das histórias infantis, para isso buscaram histórias rápidas, porém com importante significado para o momento, foram selecionadas duas histórias: “Para a água, patinho” e “O coelhinho das orelhas compridas”. Entrou-se em discussão acerca de como essas histórias poderiam ser contadas para que as crianças, além de prestar atenção, pudessem compreender a mensagem e como seria avaliado se o conteúdo repassado foi entendido. O grupo chegou ao consenso de que a confecção de fantoches prenderia a atenção e favoreceria o aprendizado da informação. Foram confeccionados fantoches dos personagens principais das histórias e como forma de avaliação da assimilação das histórias foram elaboradas perguntas, ainda foram confeccionados jogos da memória, compostos por vários procedimentos que os pacientes são submetidos durante a internação.

A dupla DIII ficou responsável por entrar no mundo dos adultos, visto que mesmo crescidos, gostam de brincar e também estão compartilhando desse momento de estresse que a hospitalização traz, pensando nesse público e em algo que pudesse lhes proporcionar um momento de distração, a dupla buscou trabalhar em um kit contendo um livreto com caça palavras, cruzadinhas e caneta para os acompanhantes. Além dessas atividades para os adultos, a mesma equipe ficou responsável pela ornamentação que teve o tema de festa junina e pelo orçamento de todo projeto.

Etapa II – IMPLEMENTAÇÃO: A atividade foi realizada separadamente em duas enfermarias (A e B, cada uma contendo 6 leitos), sendo dividida em horários, onde foram reservadas duas horas de duração para cada.

A ação foi primeiramente implementada na enfermaria A, onde foi realizada uma breve apresentação expressando o objetivo da atividade, a enfermaria ganhou bandeiras coloridas e balões em sua ornamentação. As músicas foram colocadas ao fundo e inicialmente foram contadas duas histórias utilizando-se os fantoches, a primeira abordava sobre a hora da alimentação, as crianças foram instigadas a interagir com os personagens da história quando perguntadas a respeito da alimentação oferecida pelo hospital, nesse momento foi possível notar a frustração, pois esta é diferente da alimentação recebida em casa, a segunda história tratava sobre higiene, a hora do banho e a importância de sempre estarem limpos, apontando que uma boa higiene ajuda na recuperação e

consequentemente colabora para um rápido retorno para casa, ao final, as crianças foram novamente questionadas sobre as informações passadas pela história, desse modo foi possível observar que houve um bom entendimento sobre o conteúdo.

Em seguida, foram distribuídos para cada paciente e acompanhante folhas de papel A4 em branco, para que pudessem desenhar o que desejassem, já que através do desenho consegue-se expressar sentimentos, depois dos desenhos prontos, todos foram colados em uma linha de barbante e colocados junto com as bandeirolas para embelezar a ornamentação da enfermaria, as crianças demonstraram felicidade em mostrar a sua arte.

O grupo se dividiu um para cada paciente para que pudessem jogar o jogo da memória, este era composto por vários procedimentos realizados nos pacientes durante a internação e de uma forma divertida foi explicado o porquê de todos aqueles procedimentos, com intuito de diminuir a ansiedade e o medo quando fossem postos diante da situação.

Foram entregues os livretos com desenhos para colorir aos pacientes e, aos acompanhantes, foram dados os livretos com palavras cruzadas e caça-palavras. Por fim, as crianças receberam como brinde de participação os brinquedos arrecadados.

Na enfermaria B, os pacientes tinham uma faixa etária menor, foi realizada a apresentação do grupo para mostrar o objetivo da ação, a enfermaria começou a ganhar cor com a ornamentação que foi realizada no espaço de cada leito. Foram novamente contadas as histórias com o uso dos fantoches que foram imprescindíveis para prender a atenção das crianças, através das cores e movimentos vibrantes. Os acompanhantes também receberam os livretos, onde tiveram a oportunidade de aproveitar um momento de distração e alívio da tensão. Foi possível ainda, pintar os desenhos juntamente com as crianças, criando um ambiente de interação e finalmente foram doados os brinquedos.

Ao final da atividade em cada enfermaria, por se tratar do cumprimento de um protocolo obrigatório do estágio, realizou-se a coleta das assinaturas dos participantes.

O evento resultou no início da construção de vínculos entre todos os envolvidos no projeto, além de proporcionar uma tarde de diversão e transmissão de conhecimento, de uma forma leve onde as crianças puderam ser protagonistas do seu aprendizado, expressando seus medos através dos desenhos, das pinturas e dos sorrisos. Foi notório a expressão de agradecimento dos acompanhantes, tendo em vista que todo o processo de adoecimento e internação, são delicados tanto para o paciente quanto para quem o acompanha, e o cuidado dedicado refletiu diretamente neles.

Foi de grande valia a opção do tema, visto que a unidade não possuía um ambiente voltado para recreação ou baixa de brinquedos, não tendo estrutura alguma para tal atividade, mudavam-se os pacientes, os plantões, os funcionários, mas a singularidade de cada cliente e a integralidade no cuidado eram deixadas de lado. Desse modo, tornou-se possível contribuir para diminuição dessa lacuna.

As crianças são um público especial, dependendo da idade, há pouca ou nenhuma comunicação verbal, o que dificulta o cuidado, este pode ser otimizado com a atividade lúdica, visto que proporciona a melhora do humor trazendo momentos de alegria e distração.

A realização de atividades lúdicas demandam dias de dedicação para a preparação, recursos para compra de material e tempo para a sua implementação, a falta de estrutura do hospital para promoção de atividades lúdicas, demanda alta de pacientes, pouco dimensionamento de pessoal, e o fator pessoal de cada profissional acabam dificultando a aplicação de atividades educativas.

Crianças brincam, correm, choram, ficam alegres, conversam, tem seu espaço em seu lar, e quando acometidas por alguma patologia que demande internação, o não poder fazer o que se faz em casa, acarreta vários sentimentos negativos sobre elas, e isso é percebido na prática, apesar de as crianças terem seus direitos protegidos por lei

independentemente do local onde estejam inseridas, esse momento se torna difícil por não conseguirem ser atendidas em sua totalidade, não envolvendo somente as doenças, mas os sentimentos e emoções. Muito se trabalha para que se tenha uma assistência integral, equânime e humanizada, ter locais apropriados e materiais para a implementação das atividades lúdicas são essenciais para que esse objetivo seja alcançado. A sobrecarga de trabalho afeta o cuidar com qualidade, o que reflete em quem está recebendo o cuidado. A criança ao receber esse cuidado integral, lúdico, expressa melhor seus sentimentos, suas tristezas, suas dores, e tem um momento para expor a situação que está vivendo. Os acompanhantes entendem que o atendimento está sendo de qualidade, que todas as formas de cuidado que poderiam ser oferecidas estão sendo aplicadas, e os profissionais de saúde conseguem interagir melhor tanto com as crianças quanto com os responsáveis, todos se tornam responsáveis pelo cuidado que está sendo empregado, transformando um momento doloroso e desagradável em ambiente tolerável mesmo com todas as limitações.

A teoria permite compreender melhor esse momento de hospitalização, para que sempre se possa buscar o melhor. Essa experiência permitiu explorar as teorias, analisar os fatos e aplicar o cuidar de enfermagem como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência permitiu ao grupo a experiência em um ambiente novo, cheio de incertezas, medos e frustrações, com uma clientela que demanda atenção, e possibilitou uma observação direta com chance de intervenção. Foi possível observar que para a realização de tal atividade, é necessário ter um olhar amplo, analisar o que já é implementado, buscando sempre uma forma de incrementar o que já se tem instituído para a melhora no quadro saúde-doença. Nota-se que ainda há a carência de instalações apropriadas nas unidades hospitalares para o acolhimento do público infantil, o que favorece a criação de uma imagem extremamente negativa e amedrontadora para a criança, causando frustrações e contribuindo para experiências traumáticas, implicando diretamente no seu estado de saúde. É necessário que se façam investimentos estruturais, financeiros e de recursos humanos, visto que muitos não se sentem preparados para o planejamento e implementação de atividades lúdicas. Bem mais do que aplicar os conhecimentos apenas técnicos aprendidos dentro do ambiente universitário durante o período de estágio, foi possível reforçar a grandeza do conhecimento teórico e linkar com a prática, o que possibilitou a aplicação da atividade.

Durante o período de desenvolvimento e aplicação, emergiram várias habilidades ainda não trabalhadas, como criatividade, criação de materiais, apresentação de histórias com fantoches, o tato com o público infantil, muitas dessas habilidades nem eram conhecidas ou exploradas pelos próprios alunos.

As dificuldades como falta de recursos e o pequeno espaço de tempo para a preparação dos materiais tornaram-se pequenas, quando postas em frente ao fato desse público ser desassistido, da falta ambiência de qualidade voltados a suas necessidades e do que é garantido por lei.

O processo saúde-doença ocasiona um momento difícil tanto para as crianças quanto para os acompanhantes, pois acabam sofrendo uma mudança drástica em suas atividades rotineiras, e a ausência de atividades que ajudem a tornar esse momento menos doloroso, reflete diretamente em sentimentos e atitudes negativas.

A atividade, proporcionou a oportunidade de continuar o cuidado prestado somando esforços, agindo em um momento de vulnerabilidade para quem está necessitando dessa atenção. Interagir com o público, vê-los participando do seu próprio cuidado, e sentindo-se cuidados não apenas com uso de medicações, procedimentos e técnicas, mas com um

sorriso, um abraço, uma música, um desenho, ser partícipe desse momento de amenização do sofrimento e momento de alegria, externados através de sorrisos e euforia.

A partir da experiência pode-se dizer que as dificuldades são grandes, que na prática nem todos os direitos são plenamente atendidos, mas que se pode buscar meios para melhor atendê-los e diminuir as desigualdades encontradas no sistema, buscando promover uma assistência que abarque cada paciente como um todo. A atividade lúdica promove um momento onde cada paciente e acompanhante se sente visto e entendido durante o processo de hospitalização, sente-se recebendo um atendimento de qualidade e integral, não apenas como mais um no número de pacientes em uma enfermaria, e isso causa uma importante mudança na interação entre as crianças, os pais, os profissionais e a unidade de saúde, influenciando de forma positiva o tratamento, reduzindo a carga negativa do período da hospitalização e favorecendo para recuperação do hospitalizado.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

O ambiente hospitalar deve ser dotado de profissionais comprometidos com a seriedade que a área da saúde exige, talvez essa exigência e tudo o mais que tornam estressante a rotina de um hospital, acabem levando os profissionais a perderem a sensibilidade necessária para lidar com as crianças hospitalizadas, e mesmo os profissionais que possuem esse tato no cuidado pediátrico, lidam com a escassez de recursos. Tais dificuldades comprometem a integralidade do atendimento, logo, é de grande contribuição para a enfermagem a abordagem do cuidado lúdico como uma medida alcançável, mostrando que com um certo planejamento é possível implementar as atividades lúdicas e o mais importante, que é uma medida eficaz.

É unânime entre os profissionais da saúde, principalmente os da enfermagem, a ideia de uma assistência mais humanizada, que busque assistir o paciente como um todo, compreendendo e respeitando suas particularidades, dessa forma, todo o processo que culminou na implementação dessa atividade vem a proporcionar aos alunos uma experiência mais próxima do desenvolvimento dessa humanização no serviço de saúde, visto que a ação aplicada tem o exato objetivo de atender as particularidades do ser criança, conferindo a devida integralidade da assistência. É claro que os principais objetivos das atividades lúdicas são promover a recreação, diminuir o estresse e ansiedade da criança, e evitar traumas, contudo, o desenvolvimento do estudo contribui também para o reconhecimento do lúdico como uma ferramenta facilitadora da assistência, otimizando procedimentos técnicos, quando a criança consegue de certa forma compreender o motivo de sua internação, que ela precisa de tratamento para a recuperação de sua saúde e, dentro de suas capacidades cognitivas, entender como funcionam os procedimentos aos quais ela infelizmente deverá ser submetida, esta acaba contribuindo e aceitando mais facilmente os cuidados.

Proporciona ainda, a construção de profissionais comprometidos com a criação de boas relações interpessoais não só entre profissional e paciente, mas sendo alcançado, especialmente no ambiente pediátrico, o responsável pela criança, já que na pediatria a assistência engloba também o familiar, tornando ambos aliados no cuidado.

Possibilita experiências que estimulam a criação de um olhar crítico sobre o ambiente, implicando de forma positiva na competência profissional, tendo em vista que o processo demanda identificação, análise e solução de problemas, permitindo que os profissionais avaliem se as medidas aplicadas estão sendo eficazes. Além disso, exige criatividade, organização e trabalho em equipe para a efetivação das melhorias, favorecendo os profissionais de forma individual e coletiva.

Auxilia na constituição de enfermeiros que saibam lidar com as adversidades no serviço de saúde, capazes de atender as singularidades no cuidado de cada público,

ampliando o desenvolvimento das habilidades profissionais, sejam elas técnicas ou mesmo de gerenciamento, perpassando pelas ferramentas da gestão, planejamento, organização, direção e controle. Contudo, a experiência possibilitou novos horizontes, novos olhares para a humanização e integralidade do cuidado ao público pediátrico, trazendo uma atenção especial e mais sensível para uma fase tão fantástica como é a infância.

REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira GF, Dantas FDC, Fonsêca PN. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. Revista SBPH [online]. 2004 [acesso em 2020 junho 08]; vol.7, n.2, pp. 37-54. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582004000200005&script=sci_abstract http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582004000200005&script=sci_abstract
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de estudos e pesquisas em emergências e desastres em Saúde (CEPEDES/Fiocruz). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19: Recomendações para o
- 3- Cuidado de Crianças em Situação de Isolamento Hospitalar, 2020. [internet]. [acesso 2020 junho 06]. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-recomendacoes-para-o-cuidado-de-criancas-em-situacao-de-isolamento-hospitalar/>
- 4- SIMÕES, L. M. G. **O Brincar como Instrumento de Linguagem da Criança: Um estudo de Caso.** SIMÕES, L. M. G. **O Brincar como Instrumento de Linguagem da Criança: Um estudo de Caso.** 2014 [acesso 2020 jun. 08]. Acessado em 15 junho 2020. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0810.pdf>.
- 5- WINNICOTT, DW. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- 6- Valverde DLD. **O Suporte Psicológico e a Criança Hospitalizada: O Impacto da Hospitalização na Criança e em seus Familiares.** 2011 [acesso em 2020 jun. 10] <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0810.pdf>
- 7- Queiroz ZFR, Guimarães JMCG. O medo em crianças de infâncias diferenciadas. Revista Intercâmbio[online] 2005. [acesso 2020 jun. 10]. V5. <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/41/41>
- 8- Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brincar durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):247-53
- 9- Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciência & Saúde Coletiva .2004,9(1):147-154
- 10-Medeiros CML, Lacerda ORM, Souza IVB, Lucena ALR. Lúdico no enfrentamento da hospitalização: Percepção da família. [online] 2013 [acesso em 2020 jun. 15]. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – set. 2013;11(2):116-30

- 11-Presidência da República (BR). Lei nº 8.069. 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). [online]. 1990[acesso em 2020 jun. 12] http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf
- 12-CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução 41, de 13 de outubro de 1995[online]. [acesso em 2020 jun. 11] https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf
- 13-Brasil. Ministério da Saúde: Portaria Nº2.261, de 23 de novembro de 2005. [online]. [acesso em 2020 jun. 15].http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2261_23_11_2005.htm
- 14-Nicola GDO, Freitas HMB, Gomes GC, Costenaro RGS, Nietzsche EA, Ilha S.
- 15-Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. Revista de pesquisa cuidado é fundamental [online], 2014 [acesso em 2020 jun. 12]6(2):703-715.
- 16-Matos AM, Júnior AFS, Lébeis MA. A utilização do lúdico no cuidado de crianças hospitalizadas: Uma revisão bibliográfica. Núcleo.
- 17-Silva DO, Gama DON, Pereira RBP, Camarão YPHC. A importância do lúdico no contexto da hospitalização infantil. Revista de enferm UFPE on line [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun. 08] 12(12):3484-91. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3491-2018>
- 18- Lima MS, Barbosa FAS; Monteiro LM. A importância do lúdico à criança hospitalizada: Revisão integrativa. Revista Facema [online]. 2015. [acesso em 2020 jun. 14]; 1(2):139-142.

Bianca Cavalcante Áglas

Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela
Singular Educacional

Dalva Moreira da Silva

Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pelo Centro de Formação,
Pós-graduação e Pesquisa em Saúde - CEFAPP

Glenda Caroline Pereira do Nascimento

Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela Singular Educacional

Led Daianna Fernandes de Figueiredo

Enfermeira do Hospital Infantil DR Fajardo e Mestranda
Universidade Federal do Amazonas programa de
pós-graduação em enfermagem Mestrado Associado em
Enfermagem UFAM-UEPA. Manaus-Amazonas-Brasil

Rodrigo da Silva Martins

Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência
pós-graduando em Saúde Pública com ênfase em
Saúde Indígena e Saúde da Família pela Singular Educacional e
Professor do curso de enfermagem do Centro Universitário do Norte-Uninorte

Soraia Santos Tatikawa Campos

Enfermeira. Mestre em Ciências e Meio Ambiente pela
Universidade Federal do Pará-UFPA

RESUMO

Referente a um estudo descritivo pertencente às vivências de um projeto de extensão universitária, desenvolvido por acadêmicos e docentes de uma instituição de ensino superior do curso de graduação em enfermagem. As atividades do projeto de extensão intitulado “Sementes do bem” o foi voltado na educação em saúde abordando os temas hipertensão arterial sistêmica HAS e diabetes mellitus DM”. A ação educativa proporcionou grande aprendizado durante a construção do plano educativo, desde a escuta sensível dos participantes como também escolha da estratégia educativa aplicada. Ao decorrer da realização do projeto foi possível observar a importância da realização da educação em saúde a estes públicos alvo, além da relevância do acompanhamento contínuo do hipertenso e do portador do diabetes mellitus, podendo desta forma interpretar e prevenir possíveis complicações vinculadas às patologias em questão. Durante as atividades os participantes mostraram-se empolgados, interessados e participativos quanto aos assuntos abordados, bem como desmistificar questões acerca da doença, e assim realizar o autocuidado. No projeto foi possível observar a importância da educação em saúde. Além da relevância do acompanhamento contínuo do hipertenso/diabético podendo desta forma interpretar e prevenir possíveis complicações vinculadas às patologias em questão.

DESCRITORES: Educação em saúde; Diabetes, hipertensão.

INTRODUÇÃO

A percepção e compreensão de educação em saúde não se limita às técnicas executadas nos serviços de saúde, pois está muito além de ser algo redutivo e mecanicista, já que ao envolver o processo de interação e fornecimento de conhecimento através da educação, a partir de diversas pontes de informativo desse novo saber, faz com que o processo seja cada vez mais incluyente e se ressignifique a todo momento, trazendo a realidade do serviço a possibilidade de comunicação objetiva e eficiente ao público ao qual se deseja atingir. As práticas educativas realizadas nestes serviços são de gigantesca importância, pois a educação em saúde é o sistema que detém a maior capilaridade, e atualmente, já está consolidada no cotidiano das pessoas, ou seja, a educação em saúde ela não se restringe apenas nos ambientes hospitalares, mas e principalmente, fora desse ambiente é que se possui maior capilaridade, pois a educação em saúde hoje está em todos os espaços, construindo e fortalecendo sua ambiência, principalmente em escolas, locais públicos, bairros, na comunidade e etc ⁽¹⁾.

Implementar a educação em saúde é qualificar o indivíduo que está inserido nos mais diversos grupos da sociedade, a obter o controle sobre fatores determinantes e condutas em saúde de si e dos demais que se encontram ao seu redor, isso sendo possível através do acesso à informação e conhecimentos em saúde. A extensão, como um dos pilares desta formação, demonstra sua importância no processo de interação social junto à comunidade e disseminação de conteúdo científico, responsável, informativo e compreensível, à população que por ele pode ser atingido.

Segundo o Plano Nacional de Extensão Universitária, durante o processo de formação profissional “é imprescindível (ao aluno) sua efetiva interação com a sociedade, seja para se situar historicamente, para se identificar culturalmente e/ou para referenciar sua formação técnica com os problemas que um dia terá de enfrentar”⁽²⁾, ou seja, realizar atividades que possam gerar ganhos a comunidade, que as tornem detentoras de conhecimento e autonomia, deve ser um dos principais objetivos ao aluno, pois sua base e seu retorno sócio educacional será a sua comunidade, seja a de origem, seja a que ele venha integrar, sempre construindo e empoderando em busca de sua auto melhoria, já que quem melhor sabe quais as demandas são benéficas e malélicas é a própria comunidade ao qual se deseja realizar a intervenção.

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes mellitus, que por sua vez ainda tem uma alta prevalência e incidência, dispendo como um problema de saúde pública de significativo impacto, necessitando de elaboração de programas educativos com alta relevância que alertem gravidade que estas doenças representam, assim como também, por exemplo, a educação de como modelos comportamentais tem influência no processo de qualidade de vida do indivíduo, impedindo desta forma a evolução das mesmas.

Dentre os agravos de doenças crônicas mais comuns que acometem a população mundial, destaca-se com maior prevalência a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com cerca de 30% de indivíduos adultos e 60% dos idosos, e o Diabetes Mellitus (DM) com 27,2% acima dos 65 anos ⁽³⁾.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por não apresentar cura, exige tratamento adequado, permanente e contínuo, com a finalidade de buscar obtenção de um relativo controle dos níveis pressóricos, além de redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida do portador, e empoderamento responsável sobre como a sua qualidade de vida tem impacto significativo em sua saúde e adoecimento, o tornando o principal sujeito de ação do seu processo de cuidado⁽⁴⁾.

Equitativamente, a Diabetes Mellitus é uma doença metabólica complexa, multifatorial e de presença global, que afeta a qualidade e o estilo de vida dos acometidos, podendo levar a uma redução relevante na expectativa de vida dessa população⁽⁵⁾. Frente a isto, a educação em saúde mostra-se como estratégia primordial e potencializada de ações com base em prevenção e promoção à saúde, bem como na relação e comunicação com a população, também os tornando detentores do conhecimento a respeito da patologia, das condições de qualidade do processo de saúde e da responsabilidade diante ao tratamento.

Assim como em outras afecções, a educação é parte fundamental do tratamento do Diabetes Mellitus, e é evidenciado como o veículo de capacitação das pessoas para realizar o gerenciamento da sua doença. Por se tratar de uma afecção crônica, grande parte do sucesso do tratamento é construído pela auto-responsabilização do utente, conscientização das novas formas de vida determinadas pelas restrições impostas pela enfermidade e, principalmente, autorregulação e cuidado do controle glicêmico⁽⁶⁾.

O desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis é complexo, com ganhos e perdas primárias e secundárias, de afetação psicoemocional, social, financeiro, também gerando impacto na autoimagem do indivíduo acometido, sendo necessárias ações permanentes, que não apenas foquem a dualidade indivíduos-família de maneira isolada, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais, emocionais, espirituais e afins destes.

A baixa aderência aos tratamentos medicamentosos e, principalmente, a negligência quanto às mudanças necessárias do estilo de vida, fazem com que aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus não obtenham melhorias no contexto da doença⁽⁷⁾, e assim, mantenham um ciclo ininterrupto de efeito placebo quanto ao seu processo de tratamento e qualidade de vida.

O número de portadores da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica vêm crescendo de forma exponencial, causando uma preocupação acerca desse assunto. Nesse sentido, tanto a Hipertensão Arterial quanto o Diabetes Mellitus requerem ações de prevenção e de diagnóstico precoce, mediante atuação de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de controlar e retardar possíveis complicações causada por essas patologias⁽⁸⁾.

Este trabalho tem por objetivo, descrever a experiência obtida através de um projeto de extensão universitária, realizando educação em saúde sobre Hipertensão e diabetes Mellitus, realizado em parceria com uma instituição religiosa.

METODOLOGIA

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis⁽⁹⁾. Fundamentado neste método sistemático este relato é referente a um estudo descritivo pertencente às vivências de um projeto de extensão universitária, desenvolvido por acadêmicos e docentes de uma instituição de ensino superior do curso de graduação em enfermagem.

O projeto de extensão Intitulado "Sementes do bem" promoveu atividades voltadas na educação em saúde abordando os temas Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS e Diabetes Mellitus- DM, o qual transcorreu no primeiro semestre de 2018, em um bairro da Zona Leste na cidade de Manaus-AM, em parceria com uma instituição religiosa, com objetivo de desenvolver ações educativas direcionada à população do referido bairro.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. Desta forma a atividade foi constituída de planejamento e execução, estruturando-o assim em duas etapas.

RESULTADOS

No planejamento: Primeiramente, foi definido a data, 19 de junho de 2018, um sábado, para que a comunidade pudesse ir, sem interferir nas suas atividades. O local foi cedido pela igreja, pois foi acordado que uma localização que facilitasse o acesso seria propício a realização da atividade. Para o embasamento científico e planejamento das ações buscou-se na literatura, com instruções dos docentes e coordenadores do curso, uma gama de conteúdos que pudessem proporcionar melhor conhecimento teórico-prático acerca de Educação em Saúde, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. E como fontes de estudo com alta evidência científica, foi buscado conteúdo em locais como o Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Caderno de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Os acadêmicos chegaram a confeccionar dois folders, um sobre Hipertensão e o outro sobre Diabetes, abordando dentro das temáticas, os seguintes tópicos/orientações: epidemiologia, sinais e sintomas, fatores de risco, tratamento e prevenção, usando como base a obrigatoriedade que o SUS já emprega em sua prática diária, a promoção, prevenção e a recuperação⁽¹⁰⁾.

No caso em questão, a recuperação, foi realizada através da desmitificação de comportamentos ou conhecimentos que poderiam se tornar prejudiciais a qualidade de vida e afetar negativamente a saúde das pessoas em questão, assim, comungando com a promoção e prevenção que estavam sendo realizados efetivamente.

Como metodologia selecionada para o repasse das informações e conhecimento, ficou idealizado que o projeto aconteceria através de uma palestra, pois assim, conseguiria ser repassado o conteúdo e também seria oportunizado a abertura de um espaço para perguntas e respostas ao final. Com isso, o grupo escolheu figuras que pudessem tornar o entendimento das patologias mais simplistas para melhor entendimento, algo que pudesse ser atingido em sua totalidade a comunidade que se encontrava no local, visto que a Educação em Saúde traz em sua base o repasse do conhecimento de maneira assertiva e de linguagem adequada ao receptor.

Para isso, foram feitos cartazes com desenhos ilustrativos, onde poderiam ainda mais, tornar compreensível o conteúdo que, em suma, é condensado e complexo. Como forma de impactar o público, foram feitos cartazes que tratavam dos fatores de risco, para também gerar impacto e sensibilização. Foram realizados ainda panfletos, onde constavam as informações das atividades ofertadas, horários, endereço e quaisquer outras informações que pudessem contribuir ou facilitar a a demanda e necessidade da comunidade, pois, previamente fora repensando quais pontos poderiam serem levantados.

Para melhor desenvolvimento da atividade, foi previamente estabelecido quais pontos uma dupla de integrantes ficaria responsável, dessa maneira, uma dupla ficou responsável pela entrega dos panfletos e explanação de quaisquer dúvidas que pudessem surgir, buscando criar um vínculo para que houvesse interesse nas demais atividades que também estavam sendo realizadas pelo programa. Outra atividade que também foi realizada em dupla foi a montagem de formulário de anamnese rápida, com o intuito de

levantar quais os fatores de risco que a população poderia apresentar, se havia conhecimento prévio sobre as temáticas que estavam sendo apresentadas, além de levantar quais poderiam os pensamentos e comportamentos disfuncionais que poderiam acarretar risco a qualidade e estilo de vida da comunidade, logo, as perguntas que foram elaboradas em questionário fechado, conseguiram nortear quais os pontos-chaves a serem melhor instigados, para que houvesse ainda maior impacto sobre as demandas que a essa população poderia apresentar. Outra dupla ficou designada a realizar a verificação da pressão arterial, com o objetivo de fortalecer ainda mais os questionamentos levantados na anamnese e também para estimular o acompanhamento de rotina da PA.

Os outros dois, ficaram responsáveis pela Educação em Saúde e os demais pela entrega dos folders. Dessa maneira, seria possível que as duplas em questão ofertassem o que havia sido previamente pensando e organizado, e ainda sim, conversassem sobre as demandas que cada colheiria em sua atividade realizada. A Instituição parceira forneceu uma ficha pessoal, onde cada pessoa receberia e teria suas informações anotadas, dessa forma, ao final, tanto o grupo acadêmico de extensão quanto a Instituição poderiam ter uma média de como estava a saúde e qualidade de vida de todos da comunidade que ali se dispunham a estar na atividade.

Na execução da atividade, a dupla responsável pela entrega de panfletos, ficou em frente ao espaço cedido, distribuindo o material em questão, para as pessoas que passavam pelo local, explicando sobre as dúvidas que as mesmas indagavam, e estimulando que as mesmas participassem da atividade. Quando as pessoas entravam, no primeiro momento, era ofertado que as mesmas realizassem o processo de triagem, onde estava sendo aplicado também a anamnese rápida, e neste ponto, era filtrado ainda mais quais as necessidades da comunidade, para que o repasse das informações no momento da Educação em Saúde fosse mais eficaz e efetivo.

Após essa primeira estação, passados aproximadamente 05 minutos, explicava-se o procedimento de verificação da pressão arterial, e era nesse momento que se realizava o esclarecimento da importância da aferição de rotina, era escutado o que o indivíduo sabia a respeito desse procedimento, do quanto o resultado é sinônimo de qualidade de vida ou prejuízos a saúde, das possibilidades de se manter um comportamento sadio para proporcionar melhor perspectiva de saúde, e se no caso preciso, realizado a desmistificação de conhecimentos do senso comum a respeito da mesma, assim como o reforço de comportamentos que se mostravam positivos e adequados ao indivíduo.

Ao término desta etapa, todos eram ainda mais encorajados a participar da palestra sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ao iniciar a palestra, o primeiro tema abordado foi sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, fisiopatologia, sinais e sintomas, fatores de risco endógenos e exógenos: idade, sexo/gênero, etnia, fatores socioeconômicos, obesidade, sedentarismo, genética, ingestão de álcool, ingestão em excesso de sal, medidas de prevenção foram debatidas, tratamento, de acordo que os temas iam mudando, as imagens ilustravam, juntamente com uma fala simples, objetiva, e que proporcionasse melhor compreensão, assim, foi usado termos da linguagem popular da comunidade, o que facilitou o entendimento e melhor elucidação da temática. Logo depois, deu início ao tema da próxima palestra, Diabetes Mellitus, abordando pontos como a epidemiologia, sinais e sintomas, fatores de risco, diagnóstico, tratamento e prevenção. Ao final de ambas as temáticas apresentadas, foi fortalecido que o espaço para dúvidas e sugestões estava aberto e que todos sentissem à vontade para expor o que desejassem, já que todos os questionamentos que poderiam ser apresentados seriam válidos e mereciam resposta.

Dessa forma, houve um clima que proporcionou uma troca de experiência significativa, tanto por parte dos palestrantes, como dos demais membros do projeto de extensão, quanto e principalmente, da comunidade, pois foram trazidos em questão as dúvidas a respeito de como descobrir a patologia, quais os sintomas que apresentavam,

quais fatores de risco se encaixavam e como é realizado o tratamento nos dias de hoje. Como proposta de finalização e continuidade do que fora repassado, foram entregues os folders informativos, que reforçavam ainda mais o que havia sido explanado e os locais onde havia servido de base para a construção do material, fortalecendo assim, a busca em fontes seguras das informações pertinentes e relevantes a saúde e a qualidade de vidas, não apenas das patologias apresentadas, mas de toda e qualquer outra que pudesse surgir como dúvida, assim, favorecendo a desconstrução de informações tendenciosas ou fake news, comuns atualmente, em nossa sociedade.

A estratégia de educação em saúde aplicada durante as ações proporcionou resultados significativamente positivos, pois a mesma contribuiu para a ampliação do conhecimento dos participantes sobre os temas pertinentes, e principalmente, sinalizou que foi possível atingir grande parte daquela comunidade, já que os mesmos mostraram-se empolgados, interessados e participativos quanto aos assuntos abordados, bem como desmistificar questões acerca da doença, incentivar os que já são portadores a realizar o autocuidado, assim para aqueles que podem optar por fazer uma mudança de estilo de vida para que não seja acometido pelas doenças, gerando consequências futuras, dessa maneira, foi percebido o reforço da prevenção e promoção em saúde, já que ao atingir o público sobre como ter conhecimento prévio das patologias, também houve um maior esclarecimento aos portadores da doença sobre como preservar a qualidade de vida, através de um equilíbrio que somente eles poderiam medir, já que são os principais responsáveis pela autorregulação de sua saúde, mesmo, e principalmente, com a patologia instaurada.

Ao decorrer da realização do Projeto Sementes do Bem, foi possível observar a relevância que a Educação em Saúde tem a este público alvo, além da importância em realizar o acompanhamento contínuo do hipertenso e do portador do diabetes mellitus sobre sua patologia, podendo desta forma investigar e prevenir possíveis complicações vinculadas às patologias em questão, além de reforçar comportamentos que estão sendo benéficos e desmistificar ou até mesmo eliminar aqueles comportamentos que se mostram maléficos a saúde do indivíduo.

Durante as atividades foi possível observar que grande parte das pessoas (principalmente idosas) que participaram do projeto, portava algum tipo de doença crônica e quanto aos restantes apresentavam, a menos um histórico familiar, ou seja, do quanto a temática que estava sendo abordada era parte da realidade da comunidade em si, que estava presente no dia a dia, que fazem parte de um ciclo social e comportamental, que perpassa as necessidades de apenas focar-se na saúde, mas que se mostra como um ponto de afetação de todo um sistema estrutural, e que por isso, demanda orientações a respeito, tanto para gerar possibilidades de prevenção quanto para proporcionar ainda mais o cuidado e a responsabilidade daqueles que já eram portadores de uma ou mais patologias em questão.

Existem diversas formas de levar saúde a população, e a Educação em Saúde é uma estratégia valiosa, pois torna simples o aprendizado, permite tirar dúvidas, e proporciona maior aproximação a realidade da comunidade e quais são as demandas que se apresentam, assim, geram ainda mais facilidade em se atingir o que o indivíduo e o seu coletivo trazem como ponto a elaboração ou necessidade, pois é a partir do discurso do sujeito que se busca apresentar soluções ou esclarecer as informações que se mostram pertinentes ao que se é exposto, logo, quando tal processo é feito na modalidade de Educação em Saúde, pode promover ainda mais efeitos positivos, pois está sendo reforçado a prevenção e a promoção da mesma.

E um dos promotores da facilitação do acesso ao conhecimento científico a comunidade, é a Universidade. A extensão universitária é compreendida como uma atividade acadêmica que pressupõe a integração entre a comunidade universitária e a

sociedade, sob formas de programas, projetos, cursos, eventos, publicações entre outras. Enquanto uma função acadêmica da universidade, a extensão objetiva integrar ensino-pesquisa, voltado para a prestação de serviços junto à comunidade ⁽²⁾.

Logo, a atividade que fora realizada consegue abarcar tanto as necessidades da comunidade, como também o compromisso social que a Instituição tem com esta comunidade que o circunda, e se faz integradora e coparticipante do processo de formação e geração de conhecimento, pois é dela que provém as demandas a ela deve se voltar as resolutividades.

E dessa forma, percebe-se que o papel da Enfermagem não se restringe apenas a assistência à saúde, em seus mais diversos níveis de atenção, ou a função de educador, como em questão, de repassar um conteúdo informativo a uma comunidade, usando a metodologia de palestras, com materiais afins, mas sim de estar integrado a sociedade como um profissional ativo e participante das demandas que se apresentam, de compreender e sentir junto, quais são as realidades de cada espaço, quais são os efeitos e impactos dessas experiências e vivências ao indivíduo, e ao coletivo, ao que este pertence, e o que se deve trabalhar incansavelmente na busca de soluções e melhorias. O profissional da enfermagem está inserido na sociedade para contribuir e retribuir a mesma as suas necessidades e capacidades, buscando sempre, atingir estes objetivos guiados no princípio da ética, da beneficência e não maleficência, assim como, do compromisso e responsabilidade social, e tais objetivos foram estimulados na realização dessa atividade em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante realização do projeto foi possível observar tanto o interesse como a participação ativa da população na solução de dúvidas sobre as temáticas abordadas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por se tratar de uma doença crônica que possui um risco significativo para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, mostra-se como um dos principais problemas de saúde pública dos últimos tempos, há também uma alta taxa de complicações decorrentes do Diabetes Mellitus, isso é consequência da dificuldade que os portadores de doenças crônicas enfrentam para controlar a sua doença, o que pode ser considerado um reflexo da falta de instrução e orientação a respeito da patologia, daí a importância da educação em saúde, o que pode ser um fator desencadeante dentro da comunidade em que se realizou a atividade⁽¹¹⁾.

O elevado número de usuários com diagnóstico de HA e DM, mostra o quão grave se tem o cenário atual da sociedade em si, mesmo que em uma amostra pequena da população, onde essa atividade foi realizada, mas que traz à tona o elevado significado de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades laborais e de lazer⁽¹²⁾.

No desenvolvimento do projeto foi notório o interesse da população, observado pela sua participação ativa durante as ações onde levantaram diversas dúvidas acerca dos temas abordados, isso decorre principalmente por conta da alta incidência que a HAS e o Diabetes Mellitus constituem na comunidade alvo do projeto e na população em geral, sabe-se que conhecimento pode gerar empoderamento tanto para o autocuidado preventivo como também para a responsabilidade durante o tratamento que possa estar sendo realizado, sobre qualquer que seja a patologia em questão⁽¹³⁾. A educação tem um papel fundamental na vida do ser humano e a educação em saúde, em particular, confere autonomia a população, melhorando sua qualidade de vida e trazendo mais tranquilidade ao seu cotidiano, visto que obter conhecimento sobre os aspectos de sua doença permite ao indivíduo sentir-se mais seguro diante de sua condição de saúde.

A educação em saúde proporciona aos usuários além do conhecimento, a introdução da prática aprendida na sua vida diária, construindo assim, uma nova postura

frente ao seu autocuidado é levando melhorias no próprio estilo de vida e de seus familiares. A finalidade da educação em saúde é de explicar, ensinar e orientação a população sobre a vida da maneira mais saudável, sensibilizando-os para colocar em prática os aprendizados em saúde.

O método de explicação/orientação seguido de ações foram fundamentais no processo de entendimento e fixação dos temas com os participantes, e isso possibilitou a explanação de dúvidas que surgiram ao longo da atividade em questão. Foi possível perceber que as pessoas estavam presentes durante a implementação do projeto eram pessoas não possuíam tanto conhecimento científico a respeito das temáticas apresentadas, mas também se mostravam dispostos e participativos ao que estava sendo proposto durante a atividade.

A educação em saúde proporciona aos usuários além do conhecimento, a introdução da prática aprendida na sua vida diária, construindo assim, uma nova postura frente ao seu autocuidado é levando melhorias no próprio estilo de vida e de seus familiares. A finalidade da educação em saúde é de explicar, ensinar e orientação a população sobre a vida da maneira mais saudável, sensibilizando-os para colocar em prática os aprendizados em saúde.

Nesta perspectiva, é notório que os métodos participativos que busquem e valorizem o diálogo e confiança são imprescindíveis para alcançar o entendimento dos receptores, que eventualmente são vistos como depositários de informação.

Portanto, o projeto de extensão foi imprescindível para aquisição de novos conhecimentos para ambos os lados, além de proporcionar o desenvolvimento e aprimoramento do pensamento crítico e reflexivo das interfaces do conhecimento teórico-prático, tendo como ponto estratégico a educação em saúde na divulgação de informação relevante sobre os determinados assuntos em saúde.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A educação em saúde do ponto de vista metodológico e praticante deve ser exigido para a formação do profissional em saúde, pois a mesma quando implementada de forma eficaz e planejada, alça resultados significativos e satisfatórios, principalmente quando trabalhada de forma expositiva e através do diálogo acessível a compreensão, sobretudo no que se refere às temáticas como das doenças crônicas HAS e DM, que precisam de um controle efetivo e integral, que seja capaz de alcançar a prevenção de maiores complicações e que possa possibilitar um estilo de vida que seja satisfatório e que comprometa ainda mais com as limitações a respeito de consequências e agravos das mesmas.

Neste sentido, é perceptível que ações de enfermagem quando entrelaçadas as atividades educativas com base no diálogo, possibilitam a criação de vínculo com a população alvo e ainda reafirmam a parceria neste processo de transformação e cuidados em saúde, visto que essas ações trazem, por finalidade, a busca por uma melhor perspectiva de vida.

É necessário que a enfermagem esteja incorporada nestas ações educativas visto que o enfermeiro destaca-se como facilitador na busca de construção de conhecimentos, buscando atingir a necessidade real da população através de uma forma de comunicação eficaz e significativa ao público em questão, pois todas as ações de enfermagem estão direcionadas à promoção, proteção e manutenção da restauração da saúde. Sendo assim, o enfermeiro se destaca como integrante imprescindível da equipe de saúde, que desempenha um importante papel na relações entre pessoas, sociedade, pesquisa, saúde e educação, além de fortalecer os laços com os demais integrantes da equipe multidisciplinar, conseguindo criar pontes tanto com a população e repassando suas

demandas, como sendo um elo de ligação entre os integrantes da equipe, ao dar voz ao que a população traz como necessidade de resolutividade.

O desafio da educação em saúde é estimular a sensibilização dos receptores de informações, e é neste ponto que a enfermagem se faz necessária, pois os profissionais vinculados a ela são condutores primordiais para transmitir informações relevantes que sirva para a prática cotidiana da população.

As ações de enfermagem quando bem realizadas torna-se um instrumento potencializador na construção saber, tendo como o protagonismo o resultado satisfatório que este estudo trouxe para todo dos envolvidos no projeto tendo como alvo principal a população em geral.

O comprometimento da enfermagem em ações educativas está vinculado em atingir resultados positivos e satisfatórios referente a adesão em saúde, pois esta estratégia quando bem planejada reduz o custo de atenção prevenindo o agravamento de doenças crônicas e degenerativas, e também a diminuição de hospitalização. Por conseguinte, o método principal de ações educativas é de trazer o estilo de vida equilibrado e saudável para com a população.

Assim, ações como estas são de grande relevância para toda a comunidade, e isto foi notório no desenvolvimento deste projeto, pois trouxe grandes benefícios para população participante. Portanto, a Enfermagem está inserida no processo educativo como principal produtor de conhecimento em saúde, vista que é uma das áreas que mais está em contato direto com a população, e assim, há maior troca de conhecimentos e informação entre o indivíduo e o profissional de enfermagem, sendo o maior beneficiário, o indivíduo e a sua comunidade.

Vale ressaltar que o papel da Enfermagem é promover uma assistência livre de imperícia, negligência e imprudência, independente do ambiente ao qual esteja inserido, garantindo sempre a vida em sua plenitude, não importando as condições como esta se apresenta ⁽¹⁴⁾.

Todo o processo evolutivo da uma patologia poderia ser melhor considerado e ressignificado se houvesse, de maneira efetiva e eficaz, o cuidado no repasse do conhecimento em comunhão as demandas que o indivíduo traz em sua base, pois assim, haveria um processo de completude e validação de ambos, sujeito e ciência, em busca do seu autocuidado, e a Enfermagem pode ser a força motriz para que essa realidade faça cada vez mais parte de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- 1- Silva, Cleilson Antonio da, Rocha, Iolanda Querido, Siqueira, Márcia Cristina Godoy, Modesto, Maria do Socorro Andrade, Silva, Fernanda Pereira da, & Costa, Ana Maria Ferreira. (2009). Formação técnica do agente comunitário de saúde: desafios e conquistas da Escola Técnica de Saúde do Tocantins. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 609-621. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462009000300014&lng=pt&nrm=iso
- 2- SANTOS, J. H. deS.; ROCHA, B. F.; PASSAGLIO, K. Extensão Universitária e formação no Ensino Superior. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*. 7, n. 1, p. 23-28, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/3087/pdf>.
- 3- 3-Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Brasília – 2016.

- 4- UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS Especialização em Saúde da Família
- 5- Ruy L, Oliveira M, Lins D, Cavalcanti N. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2006;50(2):239-49
- 6- Lyra Ruy, Oliveira Mônica, Lins Daniel, Cavalcanti Ney. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. Abril de 2006 [citado 2020 em 21 de junho]; 50 (2): 239-249. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.ph>.
- 7- Costa Jorge de Assis, Belga Rômulo Sangiorgi Medina, Alfenas Rita de Cássia Gonçalves, Cotta Rosângela Minardi Mitre. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011
- 8- Alves de farias Paôlla Relato de experiência: Métodos de captação de pacientes hipertensos na PMF Vila Ipiranga.unaSus,2015.from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7977/1/Pa%C3%B4lla%20Alves%20de%20Faria.pdf>.
- 9- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- 10- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Cien Saude Colet 2007; 12(2):335-342
- 11- Iquize Roxana Claudia Condori, Theodoro Fabrício Claudino Estrela Terra, Carvalho Karla Andréa, Oliveira Manuela de Almeida, Barros Jônatas de França, Silva André Ribeiro da. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. J. Bras.nefro.
- 12- Coelho Christianne de Faria, Burini Roberto Carlos. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Rev. Nutr. [Internet]. 2009 Dez [citado 2020 Jun 13]; 22 (6): 937-946. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600015&lng=pt
- 13- Falkenberg Mirian Benites, Mendes Thais de Paula Lima, Moraes Eliane Pedrozo de, Souza Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 June 21] ; 19(3): 847-852. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en.
- 14- Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. [acesso em 2020 jun 19]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf.

Rodrigo Francisco de Jesus

Doutor em Ciência pela USP

Renata Costa Silva

Professor assistente da Escola de Ciência da Saúde- Unigranrio

Mariana Lima Amorim

Aluna de Graduação da Unigranrio

Fabricia Campos Souza Silveira

Aluna de Graduação da Unigranrio

RESUMO

Introdução: O Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) é um método avaliativo padronizado e estruturado que possui a capacidade de melhorar a validade e a confiabilidade das avaliações por diminuir a subjetividade e foi o método de avaliação prática escolhido no Estágio Supervisionado de um Curso de Enfermagem. **Objetivo:** Descrever o processo de realização de uma prova prática no modelo OSCE no Estágio Supervisionado de Enfermagem. **Metodologia:** relato de caso, documental, do tipo descritivo, retrospectivo, com abordagem qualitativa, observação participante dos autores deste trabalho sobre a realização do OSCE no Estágio Supervisionado I, primeiro semestre de 2018, em três *campus* de em uma Universidade privada do Estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** Foram avaliados 141 alunos em duas estações para cada dia cujos temas foram: Coleta de colpocitológico, Consulta de enfermagem, Administração de medicamentos, Crescimento e desenvolvimento infantil, Cateterismo enteral e Rede de frios. Cada aluno teve 10 minutos para realizar cada estação e foi avaliado por um professor de posse de um *check-list* que continha as etapas avaliadas de acordo com as tarefas solicitadas. Não havia o contato entre os alunos que realizavam a prova e os que ficavam aguardando. **Conclusões:** a inserção de metodologias ativas nas dinâmicas de avaliação da aprendizagem com metodologias próprias são fundamentais. Há evidências que o OSCE é uma boa alternativa na perspectiva da formação em vistas à segurança do paciente e a preparação de alunos para este tipo de avaliação é fundamental para o alcance dos objetivos de aprendizagem. **Contribuições e Implicações para a Enfermagem:** Há evidências que o OSCE é uma boa alternativa para a contribuição no aperfeiçoamento dos alunos em formação do curso de Enfermagem.

Descritores: Educação em Enfermagem, Avaliação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Marco australiano sobre a educação em Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Educacion Framework- APSEF*)¹, publicado em 2005, é um modelo que descreve conhecimentos, habilidades e comportamentos que os profissionais de saúde devem ter

para garantir o cuidado seguro ao paciente. A estrutura deste documento contém sete áreas de aprendizagem ligadas as competências profissionais para o estabelecimento do cuidado seguro e das boas práticas.

Dentro dessa perspectiva, a ampliação do debate sobre a Segurança do Paciente nos serviços de saúde e conseqüentemente, nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem, evidencia a necessidade de estruturação de estratégias de ensino aprendizagem que carregam em seu bojo a Simulação, já que tal estratégia pode facilitar o ensino aprendizagem das competências profissionais desejadas, em ambientes seguros e livres de riscos para os pacientes²⁻³.

Gaba⁴ (2004) conceitua que a “Simulação é uma técnica e não uma tecnologia, utilizada para substituir ou amplificar experiências reais dos pacientes por experiências guiadas, criadas artificialmente, que evocam ou reproduzem os aspectos substanciais do mundo real de uma maneira inteiramente interativa”.

Inúmeras estratégias estão descritas na literatura para a realização da Simulação, em que pese os recursos disponíveis para a sua aplicação⁵. Podem ser utilizados manequins *Part Task Trainer*, ou “partes do corpo” para o treinamento de habilidades específicas e para estes treinamentos, não há a necessidade da montagem de um cenário contextualizando a situação.

Outra forma aplicar a Simulação é por meio dos pacientes estandarizados⁶, que podem ser atores, alunos treinados ou o próprio paciente, utilizados para o treinamento de habilidades comportamentais e suas avaliações nos estudantes, em cenários contextualizados para determinadas situações.

Já as Simulações de Alta fidelidade utilizam robôs de alta tecnologia para a aplicação em cenários de alta complexidade, com metodologia própria e estabelecimento da aprendizagem por competências.

A Simulação enquanto estratégia tem sido cada vez mais difundida nos cursos de graduação em Enfermagem na medida que cada vez mais professores estão sendo capacitados para aplicar esta metodologia e os currículos estão sendo estruturados para a sua inserção. Entretanto, ao compreendermos a simulação como uma metodologia ativa de ensino e aprendizagem, há a exigência que os currículos adequem seus métodos de avaliação na perspectiva de estarem coerentes com a metodologia aplicada para o estabelecimento do binômio ensino-aprendizagem e a promoção da autonomia dos estudantes⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹².

Portanto, a avaliação por competências é um processo que tem como objetivo verificar a capacidade do estudante no enfrentamento das situações concreta, mobilizando e articulando recursos relativos ao domínio do saber, do saber fazer e do saber ser¹³. Existem algumas metodologias de avaliação por competências que utilizam a simulação como meio para alcance dos resultados de aprendizado, como por exemplo o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE).

Criado em 1979 por Harden¹⁴, o OSCE tem como objetivo auxiliar o docente no processo avaliativo por competências (conhecimentos, habilidades e atitudes). É um método avaliativo padronizado e estruturado de avaliação de competências clínicas, que integra a teoria e a prática, ao qual o estudante é avaliado por meio de uma série de estações com uma ou mais competências a serem avaliadas em cada estação.

O Exame clínico baseia-se em cenários de prática por estações, com presença de pacientes simulados, atores, examinadores, manequins, simuladores e o estudante, que permitem a execução de habilidades específicas e a avaliação de competências subjetivas.

Enquanto ferramenta de avaliação, trata-se de uma potente ferramenta por oportunizar o feedback imediato ao estudante. Considera-se um instrumento/ferramenta de avaliação onde o aluno “demonstra como se faz”.

Existem evidências na literatura sobre a experiência positiva da aplicação do OSCE em cursos de Enfermagem, no que diz respeito a sua eficácia, objetividade, a avaliação indireta do currículo, bem como a responsabilização individualizada do estudante para a aquisição de competências clínicas¹⁵.

OBJETIVO

Descrever o processo de realização de uma prova prática no modelo OSCE no Estágio Supervisionado de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso, documental, do tipo descritivo, retrospectivo, com abordagem qualitativa, com observação participante dos autores deste trabalho, enquanto organizadores e estudantes de um Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) na disciplina de Estágio Supervisionado Integralizador I, desenvolvida no nono período do curso de enfermagem, de em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada do Estado do Rio de Janeiro.

Esta metodologia de avaliação foi implementada em 2016 no Estágio Supervisionado do referido curso, entretanto, o primeiro semestre de 2018 foi escolhido para a descrição retrospectiva do presente estudo, haja vista a organização documental que possibilitou este tipo de análise e a maturidade da aplicação do processo de avaliação no referido curso.

O OSCE foi aplicado no primeiro semestre de 2018 no Estágio supervisionado I e II (nono e décimo períodos), porém, somente relataremos o caso da aplicação do OSCE no Estágio Supervisionado I, considerado uma preparação para o Estágio Supervisionado II, já que no primeiro, foram realizadas duas estações, que valorizam mais as habilidades dos estudantes em desenvolver determinados cenários contextualizados, e no segundo, foram realizadas quatro estações, que mesclavam habilidades, competências comportamentais e raciocínio clínico.

Neste ano, o OSCE no Estágio Supervisionado I foi aplicado nos três *campus* em que o curso de enfermagem estava presente na referida IES, em três dias diferentes, em virtude do quantitativo de alunos da ocasião. Foram avaliados 141 alunos durante estes três dias e a dinâmica da atividade consistiu na construção de dois cenários diários que reproduziram a realidade de um ambiente profissional.

Os professores do curso elaboraram roteiros estruturados para o planejamento e execução da prova que consistiram nos documentos utilizados para a descrição deste relato de caso.

Os resultados deste relato foram organizados para a descrição da logística de organização e execução das estações do OSCE e dos roteiros elaborados.

RESULTADOS

A criação e montagem das estações tiveram por base roteiros estruturados criados pelos docentes do curso, com foco na demonstração de competências por parte destes estudantes tais como: habilidades práticas (mais valorizadas no OSCE do Estágio Supervisionado I), bem como as competências comunicacionais, comportamentais, dentre outras.

Os temas utilizados nesta avaliação foram selecionados pelo NDE do curso a partir de diagnósticos de *gaps* de conhecimentos em diversas áreas da formação do enfermeiro, aferidos em avaliações integradoras aplicadas aos estudantes do curso.

A partir do resultado das avaliações integradas realizadas pelos estudantes, foram selecionados os seguintes temas para a aplicação do OSCE: Coleta de exame Colpocitológico, Consulta de enfermagem ao paciente hipertenso e diabético, Administração de medicamentos, Crescimento e desenvolvimento infantil, Cateterismo enteral e Rede de frios.

Os roteiros possuíam um padrão de construção, cada um com a descrição de um caso clínico contendo as informações necessárias para execução das tarefas, os materiais e equipamentos necessários para construção dos cenários, as habilidades e competências a serem exploradas, as referências bibliográficas do tema escolhido e um check-list contendo as informações a serem avaliadas pelo docente na estação.

Toda esta parte de preparação foi fundamental para o sucesso da aplicação da prova, havendo a necessidade de um trabalho conjunto e integrado entre NDE do curso, professores, equipe de laboratório, para o dimensionamento dos recursos materiais e humanos necessários para o dia da aplicação da avaliação.

No que tange a organização dos materiais, a equipe do laboratório preparou as estações no dia anterior e o laboratório foi devidamente trancado para que não houvesse a exposição dos temas da avaliação. As estagiárias dos laboratórios de cada campus apenas receberam 48 horas antes da aplicação da prova a listagem dos materiais e como seria a organização de cada estação. Por se tratarem de estudantes do curso de enfermagem, os roteiros e *check-lists* somente foram disponibilizados para as estagiárias do laboratório no dia da aplicação da prova, para que desta forma o sigilo fosse mantido e não houvesse vazamento de informação sobre as tarefas das estações para outros estudantes.

A separação, organização e disposição dos materiais e equipamentos necessários, tinham por base as tarefas a serem executadas pelos alunos. Todo o material descartável necessário, assim como os equipamentos de uso permanente foi exposto na quantidade necessária para que cada aluno pudesse desenvolver a atividade solicitada.

As estações também possuíam outros equipamentos e materiais que eram denominados distratores, isto é, materiais que não se relacionava diretamente aquela determinada tarefa, no entanto, eram necessários para que o aluno de fato soubesse identificar o que era ou não pertinente para a tomada de decisão.

Para o dia da aplicação da avaliação, há a necessidade do estabelecimento de um processo de trabalho organizado e equipe para suporte bem treinada. A escolha dos voluntários que deram suporte no dia da aplicação da avaliação foi realizada por meio da publicação do voluntariado por e-mail, para os estudantes do curso de enfermagem do primeiro ao oitavo período.

A equipe organizadora de cada campus realizou a seleção dos estudantes interessados e o treinamento prévio sobre a metodologia de aplicação da avaliação. Estes voluntários receberam um certificado de participação que contou atividade complementar curricular e o mais importante, foi o aprendizado gerado sobre organização pedagógica de avaliações, importante na formação do enfermeiro.

No horário determinado pelos professores, os estudantes chegaram no laboratório, guardaram todo o material e os equipamentos eletrônicos como celular, tablete, dentre outros, para se evitar o contato com o meio exterior e não haver quebra do sigilo da prova.

Após guardar o material, os estudantes foram conduzidos para uma sala localizada dentro do complexo de laboratórios para aguardar seu momento de ser avaliado, e neste espaço foi permitido a permanência deles com materiais de estudos (cadernos, anotações).

Esta sala foi constantemente monitorada pela equipe de voluntários e professores durante a permanência dos estudantes e para minimizar o impacto do estresse causado pela avaliação, o ambiente foi preparado pela equipe organizadora com música, aromaterapia e chá, o que proporcionou um ambiente de espera mais agradável, mais relaxante e menos hostil.

Antes do início da avaliação, os estudantes receberam todas as orientações referentes a dinâmica da prova e os organizadores se colocaram à disposição para as eventuais dúvidas com relação a logística da avaliação.

As estações foram triplicadas, ou seja, cada tema era reproduzido três vezes, visando que apenas um grupo de seis alunos entrasse por vez no ambiente de avaliação, para que não ocorresse comunicação entre eles.

Cada aluno realizou duas estações com temas e competências distintas, com tempo de 10 minutos para execução de cada estação, ou seja, vinte minutos de prova no total para cada aluno.

Nas habilidades práticas, foram disponibilizados simuladores de baixa e média complexidade e o aluno tinha, de fato, autonomia para executar a atividade proposta, como a de exame colpocitológico, por exemplo.

Já para as habilidades comunicacionais e comportamentais, as estações contavam com atores (estudantes voluntários treinados de outros períodos do curso) que interpretavam o papel de pacientes na estação e seguiam as orientações previamente instruídas pelos professores responsáveis pelas estações.

Ao chegar em cada estação, cada estudante comunicava o seu nome, sobrenome e matrícula para o avaliador e em seguida era informado do tema de sua estação. Após todos estarem prontos para o início, os estudantes eram comunicados ao mesmo tempo sobre o início da contagem dos 10 minutos para a execução das tarefas da estação.

Quando o aluno alcançava os cinco primeiros minutos, o responsável pelo controle do tempo comunicava ao aluno que faltavam 5 minutos para o término da mesma. Assim como, quando restava apenas 1 minuto, novamente esta informação era sinalizada para o estudante.

Ao término dos 10 minutos o estudante finalizava a estação, aguardava o comando para ser encaminhado para a segunda estação, com um tema e tarefas diferentes da primeira.

Em cada estação o aluno era avaliado por um professor de posse de um *check-list* que continha todas as etapas a serem avaliadas de acordo com as tarefas solicitadas. O professor foi treinado para evitar interações com o estudante durante a avaliação, para que fosse garantida a uniformização e a objetividade da avaliação em todas as estações.

Cada *check-list* foi criado com itens que facilitaram a avaliação do passo a passo da execução da atividade. Alguns elementos foram considerados importantes para avaliação do estudante, desde a sua apresentação ao paciente até a execução final da tarefa solicitada, incluindo as medidas de biossegurança e reorganização do espaço, de acordo com a tarefa solicitada.

O feedback individualizado foi realizado pelos professores imediatamente após o encerramento das tarefas e o professor foi treinado para dar um feedback respeitoso, que valorizasse primeiramente as conformidades desenvolvidas pelo estudante e a seguir, os pontos de melhoria de acordo com o desempenho nas tarefas solicitadas¹⁶⁻¹⁷.

Ao longo da execução da avaliação, a equipe de voluntários auxiliou os professores no somatório dos *check-lists* para a pontuação final e ao final de cada dia da aplicação da avaliação, os professores se reuniam para discutir percepções sobre o desempenho geral dos estudantes.

Após este debate, os professores se dirigiram a uma sala de aula, pré-determinada para dar o feedback geral aos estudantes e a entregar as notas para a revisão. Neste momento os estudantes tiveram a oportunidade de revisar a nota e retirar dúvidas sobre as estações com os professores. Essa devolutiva foi realizada após o término de todos os estudantes, que não eram obrigados a permanecer até o final da aplicação para essa revisão, entretanto, eles eram informados previamente que não teriam outra oportunidade para requerer revisão da nota final da avaliação.

Sobre a estação cujo tema foi a Coleta de exame colpocitológico, o estudante tinha como tarefas a separar o material necessário para a realização da coleta do exame colpocitológica, realizar a coleta no manequim e preparar o material coletado para ser encaminhado para o exame.

Já na estação sobre Rede de frios, o aluno estudante diante de um caso com um lactente de 2 meses, tinha como tarefa comunicar ao avaliador a vacina que aquele lactente teria que realizar de acordo com o caso clínico apresentado, separar o material e preparar a caixa para alojar a vacina de forma correta.

Na estação sobre Consulta de enfermagem, com a presença de um ator simulando um paciente, que se apresentava sentado de pernas cruzadas e com queixas, o estudante tinha que orientar o paciente sobre suas queixas, verificar a pressão arterial na técnica correta e se atentar a postura que o paciente se apresentava.

A estação sobre Cateterismo enteral, o estudante tinha que separar o material necessário para a realizar o cateterismo e explicar a técnica correta.

Outra estação realizada foi sobre a Administração de medicamentos, em um cenário com um leito de emergência e o estudante tinha que realizar a administração de medicamentos de acordo com o caso clínico proposto, entretanto a prescrição médica informava um valor de dose de um medicamento diferente da dose do frasco disponível e o estudante tinha que transformar a dose do medicamento e comunicar quanto que o paciente deveria receber na administração.

A última estação foi sobre Crescimento e desenvolvimento infantil, ao qual o estudante tinha que realizar as medidas antropométricas de um manequim infantil, realizar as anotações no gráfico de crescimento e desenvolvimento e orientar a mãe do bebê, representada por uma atriz, as informações encontradas.

CONCLUSÃO

A inserção de metodologias ativas nas dinâmicas de avaliação da aprendizagem com metodologias próprias são fundamentais. Há evidências que o OSCE é uma boa alternativa de avaliação por competências na perspectiva da formação em vistas à segurança do paciente e a preparação de alunos para este tipo de avaliação é fundamental para o alcance dos objetivos de aprendizagem no currículo.

Este estudo relata o caso da aplicação do OSCE na primeira etapa do Estágio Supervisionado de um curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição privada no Estado do Rio de Janeiro, que passou por sucessivas reavaliações de processos de aplicações desta metodologia de avaliação desde 2016 para atingir a maturidade em 2018, o que demandou esforços de professores, equipe de laboratório e estudantes na perspectiva da melhoria da relação ensino aprendizagem por competências.

Concluimos que o compartilhamento de experiências deste tipo poderá encorajar os NDEs dos cursos de Enfermagem de Instituições de Ensino que desejam avançar seus modelos de avaliação por competências e acreditamos que ter o ponto de partida é fundamental nessa perspectiva.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Há evidências que o OSCE é uma boa alternativa para a contribuição no aperfeiçoamento dos alunos em formação do curso de Enfermagem, em vista da segurança do paciente quando este acadêmico estiver em seu cenário de prática após a sua formação. A vivência oferecida neste tipo de aplicação, oferece o aluno mais confiança nas realizações de atividades que colocaram a prática os seus conhecimentos acadêmicos.

Contribuindo assim, para criação de profissionais de excelência para o mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1- Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. — Rio de Janeiro: Autografia, 2016.
- 2- RICKETTS, Barry. The role of simulation for learning within pre-registration nursing education—a literature review. **Nurse education today**, v. 31, n. 7, p. 650-654, 2011.
- 3- MCNAMARA, Sharon A. The future of nursing and patient safety: the nurse's role. **AORN journal**, v. 93, n. 5, p. 614, 2011.
- 4- GABA, David M. The future vision of simulation in health care. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. suppl 1, p. i2-i10, 2004.
- 5- EYIKARA, Evrim; BAYKARA, Zehra Gocmen. The Importance of Simulation in Nursing Education. **World Journal on Educational Technology: Current Issues**, v. 9, n. 1, p. 2-7, 2017.
- 6- Bornais, Judy AK, et al. "Evaluating undergraduate nursing students' learning using standardized patients." *Journal of Professional Nursing* 28.5 (2012): 291-296.
- 7- ZITZELSBERGER, Hilde et al. Exploring Simulation Utilization and Simulation Evaluation Practices and Approaches in Undergraduate Nursing Education. **Journal of Education and Practice**, v. 8, n. 3, p. 155-164, 2017.
- 8- AKHU-ZAHEYA, Laila M.; GHARAIBEH, Muntaha K.; ALOSTAZ, Ziad M. Effectiveness of simulation on knowledge acquisition, knowledge retention, and self-efficacy of nursing students in Jordan. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 9, n. 9, p. e335-e342, 2013.
- 9- MILLER, Andrea; BULL, Rosalind M. Do you want to play? Factors influencing nurse academics' adoption of simulation in their teaching practices. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 3, p. 241-246, 2013.
- 10-WOLFGRAM, Linde JB; QUINN, Annette O.'Leary. Integrating simulation innovatively: Evidence in teaching in nursing education. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 8, n. 5, p. e169-e175, 2012.
- 11-SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.
- 12-BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

- 13-MARTINS, José Carlos Amado; MAZZO, Alessandra; MENDES, Isabel Amélia Costa; RODRIGUES, Manuel Alves. **A Simulação no Ensino de Enfermagem**. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E). Escola Superior de Coimbra, 2014.
- 14-HARDEN, R. M. What is an OSCE?. **Medical teacher**, v. 10, n. 1, p. 19-22, 1988.
- 15-SOLÀ-POLA, Montserrat et al. The usefulness and acceptance of the OSCE in nursing schools. **Nurse Education in Practice**, v. 43, p. 102736, 2020.
- 16-BELÉM, Jameson Moreira et al. Avaliação da aprendizagem no estágio supervisionado de enfermagem em saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 849-867, 2018.
- 17-MEDEIROS, Stephanie Barbosa et al. Exame clínico objetivo estruturado: reflexões sob um olhar da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2014.

Juliana Balbinot Reis Girondi

Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta III no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e no Programa de Pós- Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem Modalidades Mestrado e Doutorado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina

Francisco Reis Tristão

Enfermeiro, Mestre, Gerente de Distrito Sanitário da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de São José/SC

Amanda de Souza Vieira

Enfermeira, Residente de Enfermagem no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculado à Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Secretaria Municipal de Florianópolis/SC

Margareth Linhares Martins

Enfermeira, Mestre, Professor adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina

Scheila Monteiro Evaristo

Enfermeira, Mestre, Gerente de Distrito Sanitário da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de São José/SC

Jordelina Schier

Enfermeira, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento humano é um processo dinâmico e progressivo que traz modificações biopsicossociais, acendendo a possibilidade de ocorrência de lesões cutâneas e conseqüentemente comprometimento da qualidade de vida. Objetivo: Promover processo crítico reflexivo entre idosos para difusão e adoção de práticas de cuidado com a pele. Métodos: Pesquisa qualitativa desenvolvida em outubro de 2017 com 46 idosos em Florianópolis/SC. A coleta de dados foi por grupo de discussão onde os participantes foram divididos em grupos, encorajados a realizar auto percepção da pele e identificar sinais de risco para sua manutenção. Posteriormente propuseram cuidados pautados em seus conhecimentos e práticas. Na atividade expositiva dialogada discutiu-se conceitos relacionados ao envelhecimento cutâneo. A pesquisa é parte do macroprojeto “Estratificação de risco e intervenções de enfermagem no diagnóstico, prevenção e tratamento de *skin tears* e lesões por pressão em idosos”; financiado pelo CNPq. Resultados e Discussões: A idade dos participantes variou entre 60 e 89 anos; a maioria mulheres (43; 93,5%) provenientes do sul do Brasil (30; 65,2%). Dos cuidados propostos emergiram dois eixos centrais: cuidados diretos com a pele (utilizar sabonete suave, uso diário de hidratantes e protetor solar, evitar uso de esfoliantes); cuidados indiretos com a pele (ingestão de líquidos, uso de chapéus/bonés e evitar água quente durante o banho). Embora definidos através de consenso popular, tais cuidados são apontados pela literatura

científica enquanto práticas pertinentes. Considerações Finais: Auto percepção e discussão sobre cuidados para manutenção da integridade da sua pele reflete práticas de saúde que valorizam a autonomia dos idosos.

Descritores: Envelhecimento da pele; Empoderamento para a Saúde; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

O idoso apresenta diversas especificidades no que diz respeito à instalação e ao desfecho de agravos em saúde, carecendo de intervenções multidimensionais, dentre as quais, estão às atividades de educação em saúde, um dos mais eficazes meios para solidificação do cuidado global ao idoso, voltado à construção do conhecimento e complementariedade dos saberes (BRASIL, 2014; SILVA *et al.*, 2014).

Este processo constitui-se como importante instrumento para promoção da saúde, uma vez que envolve aspectos teóricos e filosóficos, capazes de orientar as práticas de cuidado e a multiplicação das mesmas (ALMEIDA; MARCELINO; VIEIRA, 2012; SALCI *et al.*, 2014).

Sob esta lógica, emerge um conceito fundamental para o êxito do cuidado: o “empoderamento”. Tal conceito, indiretamente atrelado ao sentido de autonomia, relaciona-se com a capacidade do indivíduo ou grupo, de definir/decidir acerca de questões que lhe dizem respeito. A compreensão do sujeito a respeito de questões que envolvem o “empoderamento” o permite, vislumbrar mudanças positivas em suas próprias condutas (TADDEO *et al.*, 2012; SALCI *et al.*, 2014).

Pode-se também definir o “empoderamento”, como processo o qual permite aos sujeitos controle sobre ações e definições, que interferem diretamente na qualidade de vida, podendo ser visto como estratégia na qual o indivíduo, neste caso o idoso, torna-se capaz de exprimir necessidades, e, por conseguinte fomentar novas formas capazes de nortear e/ou favorecer a tomada de decisão frente ao cuidado (CARVALHO, 2012).

O envelhecimento acontece de maneira progressiva e irreversível, sendo inerentes a este processo as alterações na pele, como ressecamento, descamação, afinamento, diminuição da elasticidade, dentre outros, propiciando assim as condições para que os idosos apresentem a maior chance de desenvolver lesões de pele, como as *skin tears* ou lesão por fricção que ocorrem quando se tem uma ruptura da pele (epiderme, derme ou ambas) decorrente de trauma, seja ele por fricção, contusão ou cisalhamento (LEBLANC *et al.*, 2013; GIRONDI *et al.*, 2019; TRISTÃO *et al.*, 2020).

Frente ao exposto, uma vez detectada a possibilidade de ocorrência destas lesões, é necessário que o profissional de saúde, seja capaz de programar ações que visem à manutenção da integridade da pele (LUDWIG *et al.*, 2009; ROGESNKI; KURCIGANT, 2012).

Dentre estas ações, Silva *et al.* (2014), pontuam que as atividades de educação em saúde, se constituem como ferramentas capazes de promover a construção do saber no âmbito da saúde, oportunizando agregar o saber científico ao popular, através de discussões coletivas.

Assim, entende-se que promover ciclos de discussão, através de atividades de educação em saúde, contribui para a consolidação de práticas de cuidado capazes de refletir na qualidade de vida dos idosos, sobretudo no que diz respeito à pele, desconstruindo modelos ultrapassados de cuidado, baseados na cultura impositiva e verticalizada. Além disso, os grupos/oficinas de educação em saúde propiciam participação e corresponsabilidade do idoso sobre sua saúde (MENDONÇA; NUNES, 2014).

Nesta perspectiva, considerando que a referida temática ainda é incipiente no Brasil, e que, estudos revelam percentual expressivo desta lesão, observamos em nossa

prática assistencial o desconhecimento dos idosos a respeito de cuidados para manutenção da integridade da pele, as quais fossem capazes de prevenir o desenvolvimento de Lesão por Fricção, enquanto problemática.

Assim, objetivou-se desenvolver um processo crítico reflexivo, junto aos idosos, para a adoção e difusão de práticas de cuidado com a pele para prevenção de lesão por fricção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma intervenção educativa com idosos. Para Cyrino *et al.* (2016) a educação em saúde, consiste numa ferramenta, a qual permite o aprendizado e a interação social, uma vez que, está alicerçada à cultura e ao saber dos participantes, para que se possa envolvê-los, através do diálogo, na temática proposta.

Local e Contexto da Prática

A realização da atividade educativa ocorreu como uma das dimensões do XV Fórum Nacional de Coordenadores de Projetos da 3ª Idade de Instituições de Ensino Superior e XIV Encontro Nacional dos Estudantes da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior, sediado pelo Núcleo de Estudos da Terceira Idade (Florianópolis/SC) - NETI. A atividade ocorreu nas dependências do Centro de Eventos da Universidade Federal de Santa Catarina no dia 04 de outubro de 2017, às 14 horas, com duração de 1h:40min. contando com a participação de 80 idosos, os quais 46 participaram efetivamente até o término da atividade, uma vez que os demais se ausentaram em virtude de apresentação de resumo em pôster em outras sessões do evento.

Enquanto missão, o NETI visa, dentre outros aspectos, sistematizar e socializar o conhecimento de gerontologia, permitindo a inserção do idoso no meio acadêmico, bem como na comunidade, objetivando, sobretudo a concessão de subsídios para políticas capazes de consolidar o papel da pessoa idosa na sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2017).

A escola do referido evento como local de desenvolvimento do projeto, deu-se em virtude da possibilidade de, através do “empoderamento” dos idosos participantes, multiplicar as práticas de cuidado para prevenção de *skin tears*, em diferentes regiões do território nacional.

Participantes da Prática

Ao realizarem a inscrição no evento XV Fórum Nacional de Coordenadores de Projetos da 3ª Idade de Instituições de Ensino Superior e XIV Encontro Nacional dos Estudantes da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior, através de endereço eletrônico, os idosos foram convidados a participar da oficina de Cuidados com a Pele. Desta forma foram oportunizadas 85 vagas, contudo, participaram efetivamente até o término da oficina, 46 participantes.

Para participarem, todos idosos foram inscritos previamente na oficina. Sendo ao início da ação educativa, esclarecidos os aspectos éticos referentes à participação na atividade.

Enquanto critérios de inclusão foram convidados a participar da oficina pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. Contudo, enquanto critérios de exclusão foram considerados aqueles idosos que manifestaram condições/desconforto físico ou emocional frente à participação na atividade.

Desenvolvimento da Prática Educativa

O Processo Educativo foi desenvolvido junto à idosos, no XV Fórum Nacional de Coordenadores de Projetos da 3ª Idade de Instituições de Ensino Superior e XIV Encontro Nacional dos Estudantes da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior, por meio de oficina.

A oficina teve como objetivo, promover reflexão crítica dos idosos a respeito de cuidados com a pele, estando a mesma, organizada em três momentos: pré-atividade, desenvolvimento do tema e reflexão.

Primeiro Momento

O primeiro momento consistiu na pré-atividade, centrada no preparo e seleção do conteúdo o qual foi abordado durante a execução da atividade educativa. Para tanto, foi realizada a identificação de práticas de cuidado para a prevenção de *skin tears*, através de revisão de literatura narrativa. Contudo, no intuito de organizar e nortear a busca dos estudos para compor o conteúdo da atividade educativa foi consultado estudos, entre 2007 e 2017, nas seguintes bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *National Center for Biotechnology Information* (PUBMED) e Portal de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), sendo utilizado os seguintes descritores/palavras-chave: idoso, *elderly*, *anciano*, lesão por fricção, lesões por fricção, *skin tears*, *skin tear*, *skin trauma*, *skin strippings*, *skin flap*, *epidermal strippings*, *lesión por fricción* e *lesiones por fricción*.

Posteriormente a detecção das recomendações científicas para prevenção de *skin tears*, foi elaborado material a ser apresentado através de recurso audiovisual o qual norteou o diálogo entre mediador e participantes.

Segundo Momento

O segundo momento consistiu no desenvolvimento do tema, o qual esteve centrado na aplicação propriamente dita da oficina educativa, onde foram discutidos os cuidados para a prevenção de *skin tears*. Este momento foi realizado de forma expositiva-dialogada, uma vez que esta dinâmica prévia à participação ativa entre os sujeitos, onde o mediador facilita a interpretação durante as discussões, estimula participação e valoriza o conhecimento dos idosos (TOMISHIYO; BRASIL, 2017).

Destarte, a apresentação ao grupo seguiu de forma expositiva-dialogada com auxílio de *data show*, onde foram expostos os objetivos do encontro e os aspectos teóricos acerca da oficina. Neste momento os idosos foram dispostos em oito fileiras com dez lugares cada. O mediador discutiu bases conceituais a respeito da estrutura e função da pele, bem como envelhecimento cutâneo, sendo proposta a analogia da pele humana com uma mureta. Para tanto, no salão foi apresentado um cavalete, no qual estavam fixados tijolos feitos em papel pardo, dispostos na direção horizontal, entre os mesmos, cimento, representado em papel adesivo e no verso, balões amarelos representando os tecidos subjacentes. Assim, de forma lúdica, composta por tijolo e cimento, a mureta representou a pele enquanto barreira protetiva que carece de cuidados para a manutenção de suas funções e integridade.

Posteriormente, os idosos foram divididos em oito grupos, os quais foram dispostos em círculo. De forma dialogada, os idosos foram encorajados pelo mediador, a realizarem autoavaliação da pele, no intuito de detectar sinais ou alterações, as quais conferiam risco para manutenção de sua integridade e discutirem junto ao grupo, o qual elegeu um

representante para explanação ao grande grupo. Seguidamente, o representante de cada grupo, socializou os aspectos discutidos e partir de então, a mureta foi apresentada novamente pelo mediador, contudo apresentando diversas rachaduras, emergindo simbolicamente o conceito de *skin tears*.

Frente ao exposto, os mediadores deram início a discussão junto ao grupo acerca do desenvolvimento e o impacto desta lesão na qualidade de vida do idoso, e, por conseguinte a articulação entre o saber popular e o proposto pela literatura científica para a manutenção da integridade da pele, evidenciando a importância da adoção destes cuidados na prevenção desta lesão.

Terceiro Momento

Após a discussão, foi proposta reflexão crítica acerca de cuidados com a pele para manutenção de sua integridade.

Para estimular a discussão, com uso de *data show* foram expostos os cuidados pautados na ciência, momento no qual, os mediadores encorajaram os idosos, a apontarem àqueles referentes aos saberes/práticas populares, elencando em conjunto, quais poderiam compor um material didático instrucional no formato de folder, a ser disponibilizado aos idosos nas dependências do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC).

Dimensão Educativa

Enquanto dimensão educativa, o presente projeto está centrado na elucidação de uma oficina de educação em saúde. Tal proposta configura-se como prática capaz de promover a transformação de hábitos de vida dos idosos, possibilitando neste caso, a adoção e difusão de cuidados com a pele, capazes de prevenir o desenvolvimento de *skin tears*.

A proposta de projeção do idoso frente autoavaliação da pele, a discussão acerca dos cuidados para manutenção da integridade cutânea e a reflexão acerca dos cuidados os quais poderiam compor um material didático instrucional, enquanto processo educativo permite não somente o fortalecimento da aplicação do conceito de “empoderamento”, mas acenderá a possibilidade de quebra do modelo tradicional de educação em saúde, o qual está fortemente vinculado à ideia de dois atores: o educador, detentor de conhecimento, e o educando, ser passivo, o qual cabe ao educador adapta-lo a uma realidade (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Desta forma, no que diz respeito à sua dimensão educativa, tal proposta, permitiu a construção do conhecimento e a reflexão crítica, uma vez que o educando assumirá também o papel ativo no processo de construção do saber, suscitando a possibilidade de mudanças duradouras nos seus hábitos e comportamentos (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Dimensão Ética

Anteriormente ao início da atividade educativa foi oportunizado aos participantes esclarecimentos a respeito dos propósitos e dinâmica da mesma. Foram respeitadas as manifestações de interesse em desistência ou de participação com restrição a dinâmicas adotadas. Os participantes foram orientados quanto à possibilidade de sentir desconforto relacionado ao fato de estar sendo compartilhadas experiências durante a dinâmica adotada, porém caso o desconforto persistisse o mesmo poderia desistir a qualquer momento da dinâmica e/ou atividade.

Cabe pontuar que os participantes foram também esclarecidos sobre questões a respeito de anonimato, no que tange a avaliação proposta ao final da atividade. Os idosos

tiveram sua identidade mantida em sigilo, sendo garantida a confidencialidade das informações. As informações fornecidas somente foram utilizadas para análise da atividade, podendo ser apresentadas em atividades acadêmicas, porém sem a explicitação de quaisquer informações que permita a identificação do participante.

A presente atividade está vinculada ao macroprojeto integrador financiado pelo CNPq, intitulado: “Estratificação de risco e intervenções de enfermagem no diagnóstico, prevenção e tratamento de *skin tears* e lesões por pressão em idosos”, estando aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Número do CAEE: 5628116.0000.0121.

Avaliação

A avaliação compreendeu na aplicação de um formulário, o qual previa respostas curtas e objetivas, no intuito de identificar a percepção dos idosos quanto à atividade e a dinâmica adotada, bem como campo para sugestões para elaboração do material didático instrucional que por ventura não tenha sido discutidas durante a atividade ou que, por vontade própria, o idoso não tenha manifestado e/ou outras observações.

RESULTADOS

Aspectos gerais: Desenvolvimento da atividade educativa

Participaram efetivamente da atividade educativa 46 idosos. A idade dos participantes variou de 60 à 89 anos, sendo as faixas etárias prevalentes de 60 à 69 e 70 à 79, representando cada uma, 37% da população. A maior parte dos participantes era do sexo feminino 43 (93,5%); 30(65,2%) eram oriundos da região sul do Brasil e; 22 (47,8%) possuíam Ensino Superior Completo.

Tabela 1 - Perfil dos Idosos

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	03	6,5 %
Feminino	43	93,5%
Faixa Etária		
60 à 69 anos	17	37%
70 à 79 anos	17	37%
80 à 89 anos	12	26,1%
Região de Residência		
Sul	30	65,2%
Sudeste	03	28,3%
Nordeste	13	6,5%
Nível de Escolaridade		
Não alfabetizado	00	0,0%
Ensino Fund. Completo	13	17,4%
Ensino Médio Completo	14	30,4%
Ensino Sup. Completo	22	47,8%
Pós-Graduação	02	4,3%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Durante a oficina a abordagem inicialmente deu-se de forma expositivo-dialogada, sendo discutidos conceitos relacionados à pele, sobretudo o envelhecimento cutâneo. Posteriormente, com uso de recurso áudio visual, foi realizada aproximação com o tema através da proposta da “dinâmica do muro”, a qual teve enquanto objetivo, enfatizar a necessitando de cuidados para a manutenção das funções da pele, sobretudo, sua integridade.

Após a aproximação com a temática, os idosos foram divididos em oito grupos dispostos em círculos, e a partir de então, com base na discussão anteriormente realizada, encorajados a realizarem auto percepção da pele, observando os sinais que conferem risco para manutenção de sua integridade, e, por conseguinte propor cuidados, com base em seus conhecimentos, os quais poderiam auxiliar na manutenção da integridade da pele.

Concomitante a este momento, foi novamente apresentando pelo mediador o “muro” representado na dinâmica inicial, contudo, neste momento apresentando rachaduras, no intuito de ilustrar de forma lúdica o conceito de *skin tears* e sobretudo, a relação dos cuidados com a pele e seu impacto sobre a integridade da mesma.

Assim, emergiram mediante consenso dos grupos formados pelos idosos, seis eixos relacionados aos cuidados com a pele a partir de seus conhecimentos/saberes populares, sendo estes: uso de hidratantes diariamente, ingestão de líquidos para evitar ressecamento da pele, evitar uso produtos agressivos sobre a pele tais quais os esfoliantes, utilizar protetor solar diariamente, evitar água quente durante o banho e utilizar sabonete suave durante o banho.

O consenso entre os grupos deu-se a partir da repetição dos conceitos, sendo explanados por representante de cada grupo, e os cuidados expostos em lousa no intuito de contribuir com a discussão. Posteriormente, no intuito de facilitar a integração dos participantes, foi realizado pelo mediador, articulação de cada eixo, aos cuidados propostos pela literatura, como será descrito posteriormente.

Durante a condução desta etapa, cabe pontuar, que se contou com suporte de mediador secundário, bem como duas bolsistas de iniciação científica no que tange a descrição dos conceitos/eixos na lousa. Tal fato se deu em virtude do quantitativo de idosos inscritos na atividade proposta.

O segundo mediador foi fundamental para organização da dinâmica, visto que permitiu suporte simultâneo aos grupos, à medida que emergiam dúvidas durante a execução, discussão dos conceitos e formulação dos eixos. Embora não prevista na metodologia, considerou-se a experiência exitosa, podendo ser recomendada a futuras atividades educativas, direcionadas a pessoa idosa e, com número considerável de participantes.

Frente ao exposto, a literatura discorre que no contexto da Educação em Saúde, de fato, “empoderamento” emerge através da construção de novos saberes, estando fundamentado nas necessidades dos educandos, devendo ocorrer de forma horizontal, permitindo a manifestação do diálogo tanto do mediador quanto do educando (ALMEIDA *et al.*, 2014; ALMEIDA; MOUNTINHO; LEITE, 2016).

Embora definidos através de consenso popular, observou-se que o conceito referente a cada eixo também são apontados pela literatura científica enquanto práticas para o cuidado com a manutenção da integridade da pele.

Consoante, estudiosos apontam que a hidratação da pele diária e o uso de filtro solar são essenciais para manutenção de sua integridade, visto que previnem o ressecamento cutâneo e agressões à pele advindas de exposição aos raios solares respectivamente (LIRA *et al.* 2012; GEOVANINI, 2014).

A ingestão de líquidos também é mencionada como prática essencial para manter a hidratação cutânea, uma vez que a ingesta hídrica insuficiente deixa a pele suscetível à ocorrência de lesões. Além disso, a literatura também discorre acerca da importância em

evitar exposição a temperaturas elevadas, como ocorre durante banhos com água quente. O uso do sabonete neutro ou sabonete líquido também é apontado como mediada para garantir a manutenção do pH ácido da pele (PERES; STAZZIERI-PULIDO, 2010; SANTOS, 2014; STRAZZIERI-PULIDO; SANTOS, 2014).

Ao encontro do que propõe a literatura, tais achados permitem inferir que neste contexto, a utilização da Educação em Saúde enquanto ferramenta para o empoderamento do idoso, de fato fomenta o pensamento crítico dos participantes e, por conseguinte, mudanças nos paradigmas das práticas de cuidado, rompendo relações impositivas, uma vez que proporciona a participação ativa dos envolvidos e sua emancipação (SOUZA *et al.* 2014).

Considerando os objetivos da oficina, provocar a projeção da idosa frente auto avaliação da pele, a reflexão e o compartilhamento/discussão acerca dos possíveis cuidados com a pele, consentiu desvincular o paradigma da existência do educador detentor dos saberes, apontando por Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010), permitindo elencar em conjunto, quais cuidados poderiam compor um material didático instrucional no formato de folder.

Com base na dimensão educativa proposta, após aplicação e análise dos resultados do terceiro momento do desenvolvimento da prática educativa, emergiu o seguinte material didático instrucional:

Figura 1 - Material Educativo – Frente e Verso

OUTROS CUIDADOS IMPORTANTES


- ❖ Usar calçados confortáveis: previne lesões de pé e evita traumas.
- ❖ Não pressionar a pele do idoso durante auxílio ou realização de cuidados, a fim de evitar a ruptura da pele.
- ❖ Utilizar, se possível, roupas com mangas longas em caso de pele frágil, para proteção ao atrito.
- ❖ Utilizar chapéus, roupas adequadas e evitar exposição solar nos horários inadequados (após as 10 horas e antes das 16 horas).
- ❖ Evitar contato da pele com produtos químicos fortes.
- ❖ Tomar cuidado para evitar qualquer tipo de lesão na pele, evitar batidas em móveis/equipamentos pois idosos têm maior chance de desenvolver inflamações e/ou infecções.
- ❖ Para idosos com dificuldade de caminhar e/ou de se movimentar:
 - ✓ Mudar de posição a cada 2 horas;
 - ✓ Usar colchões e almofadas para proteger proeminências ósseas.

A pele da pessoa idosa sofre ação de fatores internos e externos ao seu corpo.
POR ISSO A PREVENÇÃO É O MELHOR CUIDADO!!!


DESENVOLVIDO POR:

Prof^a Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi (UFSC/SC)
Esp. Francisco Reis Tristão (Enfermeiro SMS São José/SC)
Prof^a Me. Margareth Linhares Martins (UFSC/SC)
Acadêmica de Enf. Amanda de Souza
Acadêmica Enf. Karina Martins Filomeno

Apoio:




Patrocínio:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS COM A PELE NO ENVELHECIMENTO



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Figura 2 - Material Educativo - Face interior



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Enquanto resultado, a construção do referido material didático instrucional vai ao encontro dos objetivos propostos, uma vez que sua condução deu-se através de processo crítico reflexivo junto aos idosos, e permitiu ilustrar de forma concisa os cuidados propostos pelos idosos.

Vale ressaltar, que participaram também da elucidação e revisão da versão final do material educativo, a presidente da Comissão Científica do evento, bem como o segundo mediador e as bolsistas as quais participaram da organização dos conceitos/eixos na lousa. Ainda que não tenha sido previsto, tal fato permitiu enriquecer a construção do material, visto que a discussão e reflexão conjunta dos dados permitiu transmitir de mais clara e concisa o possível, os conceitos e eixos os quais emergiram das discussões, na versão final do material didático instrucional.

Para Reberte, Hoga e Gomes (2012) a consideração dos saberes, vivências e valores das envolvidos durante o processo de cuidado em saúde, é fundamental para o “empoderamento”, neste caso da pessoa idosa.

Além disso, a participação da população alvo no processo de construção do material educativo foi primordial para o êxito da aplicação do conceito de empoderamento, neste caso no cotidiano dos idosos frente ao cuidado com a pele, uma vez que permitiu a vislumbrar material com vocabulário de fácil compreensão, e em consonância com a realidade de vida dos mesmos (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

No que tange aos objetivos a presente atividade de prática assistencial, cabe pontuar que os mesmos foram alcançados, entretanto, no que tange ao método, não foi prevista a organização dos cuidados populares com a pele em eixos, contudo, ainda que não previsto, optou-se por conduzir desta forma em decorrência da repetição de cuidados entre os participantes.

Frente ao exposto, sugere-se que em experiências futuras, seja considerada esta possibilidade, uma vez que o consenso através dos eixos, além de filtrar a repetição de conceitos, permitiu extrair ideias centrais e moldá-las com maior precisão à linguagem do material didático instrucional.

Durante a construção do material didático instrucional, os eixos facilitaram o cruzamento com os cuidados provenientes da revisão de literatura, uma vez que permitiram organizar sequencialmente as práticas e desmembrar alguns cuidados em orientações secundárias, como por exemplo, àqueles relacionados à hidratação da pele.

Em uma das abas do material educativo, optou-se por apresentar a higienização e hidratação da pele como cuidados essenciais para a proteção da pele (manutenção de sua integridade) através de representação gráfica em formato de engrenagem, considerando que a literatura sugere o uso de tais recursos enquanto facilitadores para o aprendizado e apreensão das orientações veiculadas (ZOMBINI; PELICIONI, 2011).

O conteúdo foi organizado em tópicos sinalizados previamente com títulos e as ideias centrais foram dispostas no início de cada frase, no intuito de favorecer a memorização da mensagem, conforme apontado por Castro e Júnior (2014), em um estudo cujo objetivo era descrever o processo de construção de uma cartilha educativa a vitimas de queimadura.

Optou-se também por utilizar fonte tamanho 21 para os títulos, e tamanho 16 para os tópicos, no intuito de facilitar a visualização e leitura do material. Tal fato, vai ao encontro do proposto por Cordeiro *et al.* (2017) o qual sugere que devido ao fato de o idoso fisiologicamente apresentar redução da acuidade visual, o tamanho da fonte e as cores utilizadas devem ser consideradas durante a elaboração do material.

Outro fator importante, decorrente da elucidação do material educativo, está no contraste das tonalidades das cores utilizadas. No material em questão, foram mescladas cores quentes e frias entre tópicos e ilustrações, no intuito de favorecer a ruptura da monotonia, uma vez que o maior contraste das cores no material tende a facilitar a leitura em decorrência da criação de pontos focais. Igualmente, a variação das cores também permite acessibilidade, considerando a possibilidade de acuidade visual reduzida, em decorrência da própria fisiologia do envelhecimento, na população alvo (ALMEIDA, 2017).

No que tange ao *layout* do material educativo, além do descrito, cabe pontuar que cada tópico foi apresentado em uma mesma página, visto que a disposição do conteúdo neste molde, conforme Castro e Júnior (2014), evita que seja interrompido o raciocínio do leitor ao mudar a página/verso do material.

Embora ainda não validado, pode-se considerar a elaboração do material didático instrucional em questão, uma estratégia viável para atender as necessidades da prática de intervenção, uma vez que partindo do pressuposto que através do diálogo, foram integradas diferentes experiências, culturas e valores, a construção compartilhada certamente refletirá positivamente na adoção de práticas de cuidado com a pele para prevenção de *skin tears*, uma vez que o público alvo fez parte da construção.

Cabe pontuar ainda, que a construção do referido material didático instrucional, fortalece não somente a figura do profissional Enfermeiro enquanto educador em saúde, como também contribui para a difusão de práticas de cuidado com a pele e prevenção de *skin tears*, uma vez que a veiculação do material impresso tende a favorecer a autonomia do idoso no que diz respeito à aquisição de conhecimentos, e conseqüentemente, seu empoderamento frente ao cuidado com a pele.

No que diz respeito aos aspectos éticos, embora respeitadas as dimensões éticas metodologicamente previstas, observou-se a ocorrência de conflito ético entre dois participantes durante a oficina. Durante a socialização e discussão dos eixos, houve por parte de uma das participantes, desconforto ao ser discordada por outra participante da oficina, ao apontar a “cirurgia plástica” como um dos cuidados para manutenção da

integridade da pele. Na ocasião foi mediado o conflito, sensibilizando-os acerca da importância de respeitar os apontamentos de cada participante, contudo, embora mediado o conflito, ao ser discordada, a referida participante optou por desistir da oficina, afastando-se do grupo.

Aspectos relacionados ao processo educativo e oficina

Após a realização da oficina, ao serem questionados através de questionário com questões de múltipla escolha, quanto aos cuidados a serem adotados para garantir a manutenção da integridade da pele, a maior parte dos idosos, 44 (95,7%), relataram a importância da utilização de hidratantes pelo menos uma vez ao dia, especialmente nas regiões mais secas, 33 (71,7%) limpar a pele evitando força e atrito e 24 (52,2%) aparar as unhas para evitar fricção sob a pele.

Cabe pontuar, que o cálculo foi realizado através de estatística simples, considerando o numerador o número de idosos os quais participaram efetivamente da oficina, e o denominador o quantitativo de idosos por alternativa selecionada, sendo o resultado, posteriormente multiplicado por 100.

Frente a este questionamento, apenas um idoso relatou que deveria ser dada preferência à utilização de produtos esfoliantes, contudo Peres, Strazzieri-Pulido e Santos (2014), sugerem que se deve optar pelo uso de hidratante hipoalergênico a base de ureia ou ácido láctico, no intuito de manter a hidratação e proteção da pele, reduzindo efeitos da diminuição da oleosidade da pele.

Consoante, no que tange aos cuidados para prevenção do ressecamento da pele, 41 (93,2%) apontaram a necessidade de dar preferência ao sabonete líquido durante o banho e 36 (81,8%) e de utilizar lenço umedecido sem álcool no inverno enquanto alternativa para pele extremamente frágil. Cabe pontuar que seis idosos (13,04%) apontaram como cuidado o uso de banho com água quente.

Para tanto, alguns estudiosos apontam que o banho com água quente, tende a reduzir a oleosidade natural da pele, diminuindo o manto lipídico o qual retém a umidade da pele, levando à maior ressecamento da mesma (STAZZIERI -PULIDO, 2010; PERES; STRAZZIERI-PULIDO; SANTOS, 2014; SBD, 2016).

Em relação aos cuidados, relacionados ao ambiente e uso de adesivos, 20 (47,7%) relataram que deve-se manter a luminosidade adequada no ambiente no intuito de evitar lesões por trauma, 16 (38,1%) verificar disposição dos móveis no ambiente e 30 (71,4%) apontaram que em caso de pele frágil, utilizar roupas com mangas longas visto que conferem proteção contra traumas.

Ao serem questionados em relação à remoção de adesivos sobre a pele 19 (41,3%) relataram que os mesmos devem ser removidos rapidamente, contudo a literatura recomenda a remoção suave, no intuito de evitar ruptura da pele durante a troca (STRAZZIERI-PULIDO; SANTOS, 2010; PERES; STRAZZIERI-PULIDO; SANTOS, 2014).

Embora o propósito da oficina não seja o manejo de conceitos ou transmissão vertical de conteúdos, frente a estes achados, observa-se que a maior parte dos participantes, demonstrou que assimilação das práticas de cuidado discutidas durante o encontro.

Tal fato, possivelmente esteja relacionado à dimensão educativa adotada, a qual carrega enquanto concepção, a educação problematizadora. Por adotar construção coletiva do conhecimento enquanto paradigma, o modelo dialógico produz autorreflexão e conseqüentemente, visão crítica diante da tomada de decisão (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Cabe pontuar ainda que os apontamentos dos participantes frente aos aspectos educativos da oficina colaboraram para o nível de conhecimento dos idosos acerca da

temática proposta, suscitando mudanças nos hábitos de vida destes idosos, uma vez que permitem novas possibilidades para o cuidado, construindo e reconstruindo seus conhecimentos sobre o cuidado de si (MENDES *et al.*, 2014).

Assim, ainda que em curto prazo, pode-se considerar que a proposta suscita mudanças do cotidiano dos idosos, partindo do discorrido pelos idosos, durante a avaliação dos aspectos referentes à oficina.

Ao serem questionados através do formulário de avaliação da atividade, quanto à relevância do tema proposto, a adoção da dinâmica proposta, a compreensão do conteúdo e a veiculação das informações discutidas, todos os participantes (n=46) relataram satisfação, contudo, alguns pontuaram algumas observações ao término da avaliação:

“[...] Ótima ideia a oficina, foi bastante claro os esclarecimentos. Muito bom à participação de todos no grupo. Será ótimo divulgar o que foi feito em outros espaços” (P 1).

“Foi muito bom, trouxe informações importantes para o cuidado pessoal” (P 6.).

“[...] Muito bom é uma maneira de nos conhecermos. Poucas pessoas dão valor aos cuidados com a pele” (P 9.)

“Muito importante, tirou minhas dúvidas [...] Foi muito clara e precisa a linguagem repassada. Tema muito esclarecedor, aprendi e vou inovar e ficar vigilante nos meus cuidados com a pele, principalmente nos recursos a serem utilizados” (P 10).

“Muito relevante, tudo que eu precisava saber. [...] A troca de experiências foi muito válida. Vou procurar pesquisar mais [...]” (P 15).

“Vou procurar mais informações a respeito deste assunto, foi muito interessante” (P 45).

Os achados durante as falas dos idosos denotam a importância das ações de Educação em Saúde, sobretudo, àquelas alicerçadas a utilização do “empoderamento” do idoso enquanto conceito norteador, uma vez que acendem a capacidade de reflexão crítica, e, por conseguinte a possibilidade de adoção e disseminação de estratégias para o enfrentamento autônomo, de condições relacionadas ao cuidado com a pele.

Além disso, a reflexão dos idosos frente à avaliação da oficina vai ao encontro do descrito por Feijão e Galvão (2007) em seu estudo, os quais salientam que além da prevenção, a Educação em Saúde também desperta interesse e responsabilidade pessoal relacionada à própria saúde, o encoraja na busca pelo conhecimento e contribui para a formação de multiplicadores.

Damiani e Moreira (2015), ainda salientam que sob a lógica do modelo dialógico, a resolução da problemática, não pode ocorrer de maneira verticalizada e igual a todos, fazendo-se necessário o engajamento coletivo, observado na proposta em questão.

Desta forma, considera-se a oficina uma alternativa viável para atender as necessidades da prática, uma vez que permite integrar conceitos e cuidados, não somente veiculados durante a atividade educativa, mas também em outros espaços, através da sensibilização e “empoderamento” dos idosos para o cuidado com a pele.

Convém salientar também que, dois idosos pontuaram a necessidade de maior tempo para o desenvolvimento da atividade, conforme abaixo descrito:

“Achei pouco tempo para um tema tão importante” (P 16).

“Poderia ser mais tempo [...]” (P 33).

Embora não tenha sido detectado na literatura padronização quanto ao tempo para realização de atividade educativa, considera-se pertinente avaliar previamente, em ocasiões futuras, a duração da mesma, no intuito de garantir espaço de tempo confortável tanto para a reflexão, quanto para discussão dos cuidados. Vale considerar ainda, que

alguns participantes inicialmente podem apresentar-se de forma inibida, carecendo de tempo maior para socialização/interação deste com o grupo e dinâmica.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Os resultados da presente proposta de intervenção denotam a importância das ações educativas, no âmbito da Saúde do Idoso, sobretudo àquelas permeadas pela interação entre idoso e profissional de saúde. A participação efetiva dos idosos durante todo o desenvolvimento da atividade educativa, seguramente, subsidiou a produção coletiva do conhecimento, e permitiu refletir criticamente sobre suas necessidades, possibilidades de cuidado para si e para o outro e, autonomia frente aos processos decisórios.

Nesta toada, considera-se que a proposta possibilita maior valorização e visibilidade ao profissional Enfermeiro, uma vez que, em seu horizonte de cuidado, o mesmo assume a figura de mediador dos processos de educação para saúde, vislumbrando o envelhecimento com saúde, através do empoderamento da pessoa idosa.

Além disso, embora amplamente discutido o cuidado com a pele, especificamente, as lesões por fricção/*skin tears*, ainda carecem serem mais exploradas junto à população de risco, assim, permitir espaços para discussão conjunta dos cuidados para prevenção deste agravo, configuram novas possibilidades para o cuidado de enfermagem, não somente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, mas também nas Instituições/Ambientes de Ensino voltados à terceira Idade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anelise Shell; MARCELINO, Patrícia Carlesso; VIEIRA, Pericles Seremba. Empoderamento no processo de envelhecimento humano: algumas reflexões e contribuições sobre saúde e qualidade de vida. **EFDeportes.com**, Buenos Aires, v. 17, n. 167, 2012, Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd167/empoderamento-no-processo-de-envelhecimento.htm>> Acesso em 05 set. 2017.

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface** (Botucatu) Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-402, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Nov. 2017.

ALMEIDA, Luciene Fátima Fernandes et al. Promoção da saúde, qualidade de vida e envelhecimento - A experiência do projeto "Em Comum-Idade: uma proposta de ações integradas para a promoção da saúde de idosos das comunidades de Viçosa-MG". **Revista ELO - Diálogos em Extensão**, v. 3, n. 2, dez, 2014. Disponível em: <<http://www.elo.ufv.br/index.php/elo/article/view/52>> Acesso em 06 set. 2017.

ALMEIDA, Denise. Elaboração de Materiais Educativos. Escola de Enfermagem da USP: 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4108050/mod_resource/content/1/ELABORA%C3%87%C3%83O%20MATERIAL%20EDUCATIVO.pdf> Acesso em 14 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI. Diretrizes para

o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral. Brasília, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf> Acesso em 10 jul. 2020.

CARVALHO, Leticia Ferreira De. **Empowerment**: uma alternativa para promoção da saúde. Monografia. Curso de Especialização em Atenção Básica. Universidade Federal de Minas Gerais: 2012. 58 f. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Empowerment__uma_alternativa_em_promocao_de_saude/460> Acesso em 04 set. 2017.

CASTRO, Ana Neile Pereira; JÚNIOR, Edmar Maciel Lima. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. V. 14, n. 2, p. 103-13, 2014. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/202/pt-BR/desenvolvimento-e-validacao-de-cartilha-para-pacientes-vitimas-de-queimaduras>> Acesso em 13 nov. 2017.

CORDEIRO, Luana Ibiapina et al. Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n. 4, jun-ago, p. 808-15jul. 2017. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/202/pt-BR/desenvolvimento-e-validacao-de-cartilha-para-pacientes-vitimas-de-queimaduras>> Acesso em 15 nov. 2017.

CYRINO, Renata Souza et al. Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idoso. **Rev. Ciênc. Ext.** v.12, n.3, p.154-163, 2016. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewFile/1324/1260> Acesso em: 08 set. 2017.

DAMIANI, Ana Paula Macan; MOREIRA, Janini. Entendimento dos educadores sobre promoção da saúde. **Anais do Seminário de Educação, Conhecimento e Processos Educativos**. Universidade, Educação e Sociedade. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/seminarioECPE/article/view/2197>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

FEIJÃO, Alexandra Rodrigues; GALVÃO, Maria Teresinha Gimenez. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 41-49, maio/ago.2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5296>> Acesso em 16 nov. 2017.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Máisa Teresa Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n.1, p. 117-21, jan-fev, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>> Acesso em 07 set. 2017.

GEOVANINI, Telma. Classificação e tipos de feridas. In: GEOVANINI, Telma. Tratado de Feridas e Curativos: enfoque multiprofissional. São Paulo (SP): Rideel; 2014. p. 129-50.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Desbridamento de feridas em idosos na atenção primária em saúde. **Cogitare Enferm.**; v. 10, n. 5, p. 20-25, Set/Out., 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2669/628>> Acesso em 10 jul. 2020.

LEBLANC, Kimberly et al. Validation of a New Classification System for Skin Tears. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 26, n.6, jun., 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23685526>> Acesso em: 02 set 2017.

LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho et al. Integridade da pele em idosos: revisão da literatura segundo as cartas de promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**; v. 17, n.4, p. 767-74, Out/Dez., 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/1/11718/1/AnaLBCL_Integridade%20da%20pele%20em%20idosos%20revis%C3%A3o%20da%20literatura%20segundo%20as%20cartas%20de%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde_30389-111572-2-PB.pdf> Acesso em: 16 nov. 2017.

LUDWIG, Martha Wallig Brusius et al. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. **An. Bras. Dermatol.**, [s.l.], v. 84, n. 2, p.143-150, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000200007>. Acesso em: 08 set. 2017.

MENDES, Evelyn Catheryne Notoya; PINTO, Alina da Silva; MASSAIA Everton; SILVA, Magali Pilz Monteiro. Atenção interdisciplinar à saúde do idoso: construindo conhecimentos sobre envelhecimento saudável. **Revista Conhecimento Online**, v. 1, abr. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/205/183>>. Acesso em 15 nov. 2017.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. *Cad. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 200-204, jun. 2014.

PERES, Giovana Ribau Picolo; STAZZIERI-PULIDO, Kelly Cristina; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Prevenção de Lesões por Fricção. In: DOMANSKY, Rita de Cássica; BORGES, Eliane Lima. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014. p. 41-64.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiki Komura; GOMES, Ana Luisa Zaniboni. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, jan.-fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14> Acesso em 10 nov. 2017.

ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; KURCGANT, Paulina, Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 1-7, mar-abr. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281422733016>> Acesso em: 08 jun 2017.

SALCI, Maria Aparecida et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, Jan-Mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27> Acesso em: 05 set. 2017.

SANTOS, Érick Igor dos. Cuidado e prevenção das skin tears por enfermeiros: revisão integrativa de literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 142-149, jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200142&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2017.

SILVA, Fernanda Machado et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 3, p. 347-53, mai-jun, 2014. Disponível em: < Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão> Acesso em 04 set. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Conheça a pele.** 2016. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/cuidado/conheca-a-pele/>> Acesso em 01 set. 2017.

SOUZA, Janaina Medeiros et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, jul., 2014, pp. 2265-76. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031150029>> em 13 nov. 2017.

STRAZZIERI-PULIDO, Kelly Cristina. **Adaptação cultural e validação do instrumento "STAR skin tears classification System" para a língua portuguesa.** 2010. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23122010-103305/pt-br.php>> Acesso em 04 set. 2017.

STRAZZIERI-PULIDO, Kelly Cristina; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CARVILLE, Keryln. Cultural adaptation, content validity and inter-rater reliability of the. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.155-161, fev. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376044/>>. Acesso em: 02 set. 2017.

TADDEO, Patrícia Silva et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11,p, 2923-2930, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009> Acesso em: 05 set. 2017.

Tristão FR, Girondi JBR, Hammerschmid KS de A, Zamprogna KM, Soares CF, Evaristo SM, et al. Práticas de cuidados do enfermeiro na atenção primária à saúde: gestão do cuidado da pele do idoso. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65223>. Acesso em: 10 jul. 2020.

TOMISHIYO, Guilherme; BRASIL, Joaquim. **Aula expositiva dialogada.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017. Color. Disponível em: <[file:///E:/Downloads/Apresentação 151130.pdf](file:///E:/Downloads/Apresentação%20151130.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Apresentação.** 2017. Disponível em: < <http://neti.ufsc.br/apresentacao/>> Acesso em: 13 set. 2017.

ZOMBINI, Edson Vanderlei; PELICIONI, Maria Cecilia Foceni. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Rev Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2011; 21 (1): 51-58. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100006> Acesso em 14 nov. 2017.

Karoline Nascimento Souza

Enfermeira pela UNIGRANRIO
Rio de Janeiro

RESUMO

O índice elevado das mortes por suicídio nos povos originários é uma realidade divulgada pela comunidade acadêmica e pela mídia. Tornando o suicídio dos povos nativos o objeto deste estudo, que tem como objetivo identificar os fatores associados ao suicídio nessa população, utilizando estudos já desenvolvidos sobre as comunidades indígenas como fonte de dados a serem explorados ao longo de todo o trabalho. Além disso, visa a elaboração de um material educativo em formato audiovisual sobre lesões autoprovocadas nessa população. É uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo explicativa, realizada através de um aprofundamento do tema com a leitura de artigos e discussão com especialistas da área de saúde coletiva, como base para a definição do conteúdo e roteiro a ser utilizado na produção do vídeo.

Descritores: Suicídio. População Indígena. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é o suicídio da população indígena. A ideia de abordar esse tema surgiu a partir da necessidade de, em tempos de racialização da saúde e da divulgação de dados na comunidade acadêmica e na mídia, sobre os elevados índices de mortalidade por suicídio entre as populações originárias, apontar a partir da literatura científica, os fatores envolvidos no desencadeamento de óbitos entre indígenas brasileiros. O suicídio é um grave problema de saúde pública e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018a), cerca de 800 mil pessoas tiram a própria vida todos os anos e um número ainda maior tentam suicídio. (WHO, 2018a). Ainda de acordo com dados da OMS o suicídio é a segunda maior causa de morte de jovens com idade entre 15 e 19 anos, tendo ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo entre os métodos mais comuns de suicídio a nível global.

Cada suicídio é uma tragédia que afeta países de baixa e média renda e tem efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. Pode afetar indivíduos de diferentes origens, classes sociais, culturas, orientação sexual e gêneros, através de inúmeros fatores, como: situações de vida estressantes, conflitos interpessoais, transtornos mentais, problemas familiares, abuso de substâncias e doenças físicas (OMS, 2000). Quando se trata de populações tradicionais tais como indígenas, quilombolas, ciganos, dentre outras, o suicídio tem representações peculiares daquelas experienciadas pela população geral. Ao se falar de povos indígenas, sabe-se que são populações distintas entre si, e que não

cabem num conceito generalizado, porém a Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de unificar os conceitos do mundo todo, definiu-os como comunidades, povos ou nações indígenas, as quais apresentam uma continuidade com sociedades pré-coloniais, que desenvolveram-se em seus territórios no passado, constituem segmentos não dominantes da sociedade e manifestam o compromisso de preservar e desenvolver suas culturas e transmitir para gerações futuras seus territórios ancestrais, suas identidades étnicas, tendo por base sua existência contínua como povos, de acordo com seus padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos. (ONU, 2004).

De acordo com estudos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o suicídio nessa população é duas à três vezes maior que nas populações não-indígenas, apresentando maior concentração na faixa etária de 10 a 19 anos e os fatores determinantes e condicionantes variam de acordo com a etnia, nesse trabalho iremos abordar os fatores básicos associados ao suicídio na população indígena (BOM MEIHY, 1991). Logo esse estudo tem como objetivo (1) identificar os fatores associados as mortes por suicídio que na população indígena, (2) produzir um material educativo em formato audiovisual sobre lesões autoprovocadas nessa população. Considerando a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como atribuição a vigilância epidemiológica, que é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990a).

Neste sentido, este trabalho torna-se importante no que se destina a contribuir com conhecimentos sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) para o suicídio, e dar continuidade as ações e estratégias de prevenção, através da visão do enfermeiro, oferecendo aos profissionais e acadêmicos subsídio para a capacitação e sensibilização para a questão do suicídio na população indígena. É significativo porque a população indígena ainda persiste na invisibilidade e os índices de suicídio estão aumentando na população geral (OMS, 2018c) e os atingem, com situações do cotidiano que são mediadas pelo contato com outras culturas, pela violência do estado, dos madeireiros e fazendeiros, e pelo racismo.

APOIO TEÓRICO

Povos Indígenas

Entre os anos de 1500 e 1970 a população indígena brasileira diminuiu, tendo como consequência a extinção de muitos povos. Essa redução foi observada, entretanto não houve nenhuma intervenção. Porém a partir do século XX, a sociedade indígena voltou a dar sinais de crescimento. Sendo observado um crescimento de 150% na década de 90 a uma velocidade maior que na população geral, tendo como destaque o aumento da população indígena em situação urbana. (AZEVEDO, MARTA MARIA, 2013 apud FUNAI)

Atualmente a população indígena é de 817.963 mil, segundo dados do censo demográfico realizado pelo IBGE (FUNAI, 2010). Estes estão divididos em 5.614 aldeias e agrupados por 305 povos diferentes, além daqueles que estão querendo reconhecimento pelo órgão indigenista oficial (FUNAI, 2010) Essa população está nas cinco regiões do Brasil e ocupam 688 terras indígenas regularizadas, sendo 12,6% de todo território nacional, falam 274 línguas dissemelhantes, e tem cerca de 17,5% da sua população não falante da língua portuguesa (FUNAI, 2010).

Os povos de maior número são o Tikuna, o Guarani Kaiowá e o Kaingang da região Sul. Sendo o Tikuna a maior população residente no Amazonas. E o Guarani, o segundo em números absolutos de indígenas. (FUNAI, 2010).

A aceleração da cultura para grande maioria da população indígena faz com que precisem se adequar a novas formas de sobrevivência, principalmente para garantir melhores condições de vida para suas futuras gerações. Além de questões relacionadas aos papéis tradicionais e sociais, os povos nativos enfrentam invasões e deteriorações ambientais nos seus territórios.

Terras indígenas e serviço ambiental

Terras indígenas, segundo a constituição Federal de 88 parágrafo primeiro art. 231, são aquelas "por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias à sua reprodução física e cultural, segundo seu uso, costumes e tradições". A Constituição de 1988, definiu como fonte primária dos direitos dos indígenas, que eles são os primeiros e naturais senhores das terras em que habitam, e esse direito independe de qualquer outro ou de reconhecimento formal. Sendo de responsabilidade do poder público promover o reconhecimento legal, através da demarcação física de seus limites. (Brasília, 1988).

Além da posse permanente dessas terras, os indígenas têm direito ao usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

A comunidades tradicionais e os povos indígenas que preservam o meio ambiente e usam de modo consciente e sustentável seus serviços, são também responsáveis pelo fornecimento desses serviços ambientais, são o que se chama de provedores de serviços ambientais... Garantem o fornecimento dos serviços ambientais que são usados por todos (NOVION, 2018).

Historicamente os indígenas lutam pelas suas terras desde antes da Constituição Federal de 1988. Antes da chegada dos colonizadores, habitavam no Brasil mais de mil povos, quantificados entre 8 e 40 milhões de pessoas, que falavam diferentes línguas e tinham diferentes culturas. (TONALEZI, 2018)

As primeiras guerras se instauraram com o Meridiano de Tordesilhas, período em que os portugueses ocupavam, promoviam a ocupação do território através de capitânicas e doavam as terras ao longo do litoral brasileiro. (TONALEZI, 2018) Essa ocupação significou a fixação de colonizadores e de um sistema produtivo, que precisava de trabalhadores, esses trabalhadores eram escravos, índios capturados. Outra forma utilizada para conseguir escravos, era pela manipulação das guerras entre os indígenas, colocando uma tribo contra a outra. (TONALEZI, 2018; GUERRAS DA CONQUISTA, 2018).

De acordo com Pedro Puntuni (2018), no início da década de 60, começaram fundamentos de que indígenas eram contrários a fé, sendo justo guerreá-los, e uma imagem de resistência selvagem, na qual os indígenas impediam a expansão portuguesa.

Os próprios portugueses vão ler essas guerras, promovidas na segunda metade do século 17 e vão lamentar o fato de que foram guerras de extermínio. Dizendo, bem no final nós conquistamos esse território, mas despovoamos esse território (GUERRAS DA CONQUISTA, 2018)

A instalação dos colonos em território indígena provocou de imediato, diversos e graves problemas, pois foi questionada a presença indígena e impôs a sua transferência para outros espaços. (BRAND, 2004) Quando os índios compreenderam que os portugueses eram invasores e chegavam para tomar suas terras, e escravizar seus corpos, como reação os povos indígenas começaram a queimar os engenhos e os sítios coloniais (KRENAK, 2018).

“O povo indígena tem regado com sangue cada hectare dos 8 milhões de km² do Brasil.” Ailton Krenak (1988), em defesa das terras indígenas na Assembleia Constituinte de 1988. Atualmente, os indígenas ocupam 12,6 % do território brasileiro e as comunidades indígenas ainda vêm enfrentando problemas concretos, tais como invasões e degradações territoriais e ambientais. (SESAI, 2019).

Os povos indígenas têm seu modo tradicional de cuidar da saúde desde antes da colonização europeia. Formas que consideram a sua organização social e cultural e diferem de um modelo biomédico ocidental, tendo como objetivo um equilíbrio entre o mundo e o indivíduo. Com o uso das plantas medicinais, rituais e práticas de promoção da saúde. Estando essas práticas sob a responsabilidade de suas lideranças, como os pajés e de curandeiras e parteiras. (CIMI, 2013).

Subsistema de saúde indígena e suas atribuições

O acesso à saúde dos indígenas, é garantido pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que é um componente do Sistema Único de Saúde (SUS). O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um programa do governo do Brasil que visa a fornecer atendimento médico a comunidades indígenas. Foi estabelecido pela lei Nº 9.836/1999, que alterou a Lei Nº 8.080/90, criando-o no Sistema Único de Saúde. É organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). É de responsabilidade da União financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), e de competência do SUS promover a articulação dos mesmos junto aos órgãos responsáveis pela Política Indígena do País (BRASIL, 1990).

Segundo a Lei Nº 9.836/1999 o Subsistema de Saúde Indígena deve obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas. O modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena deve-se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado e terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (BRASÍLIA, 1999).

O SUS serve de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. E as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde (BRASIL, 1990).

A saúde indígena conta com conselhos locais de saúde que representam mais de 5 mil aldeias e 305 etnias indígenas, são 34 conselhos distritais de saúde indígena (Condisi), compostos por 1.390 conselheiros Distritais de Saúde Indígena e que realizam o Fórum de Presidentes de Condisi (BRASIL, 1990).

Sesai, SasiSUS, FUNAI, Polo Base, Casai

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS (SasiSUS). A missão da secretaria é implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS

(SasiSUS), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2019).

Entre as atribuições da Sesai destacam-se: desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; e realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena (BRASIL, 2019).

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro. Criada por meio da Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967, vinculada ao Ministério da Justiça, é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil. Cabe à FUNAI promover estudos de identificação e delimitação, demarcação, regularização fundiária e registro das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas, além de monitorar e fiscalizar as terras indígenas. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2019)

A FUNAI também coordena e implementa as políticas de proteção aos povos isolados e recém-contatados. É, ainda, seu papel promover políticas voltadas ao desenvolvimento sustentável das populações indígenas. Nesse campo, a FUNAI promove ações de etnodesenvolvimento, conservação e a recuperação do meio ambiente nas terras indígenas, além de atuar no controle e mitigação de possíveis impactos ambientais decorrentes de interferências externas às terras indígenas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2019).

Compete também ao órgão estabelecer a articulação interinstitucional voltada à garantia do acesso diferenciado aos direitos sociais e de cidadania aos povos indígenas, por meio do monitoramento das políticas voltadas à seguridade social e educação escolar indígena, bem como promover o fomento e apoio aos processos educativos comunitários tradicionais e de participação e controle social (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2019).

A atuação da Funai está orientada por diversos princípios, dentre os quais se destaca o reconhecimento da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições dos povos indígenas, buscando o alcance da plena autonomia e autodeterminação dos povos indígenas no Brasil, contribuindo para a consolidação do Estado democrático e pluriétnico (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2019).

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações (MS, 2017).

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base. Os polos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível (MS, 2017).

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento. (MS, 2017)

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições

alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço. (MS, 2017)

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. (MS, 2017)

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades. (MS, 2017)

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros. (MS, 2017)

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar, dentre outros o acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas; (MS, 2017)

Suicídio

O suicídio é um grave problema de saúde pública e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS-2018), cerca de 800 mil pessoas tiram a própria vida todos os anos e um número ainda maior tentam suicídio. É a segunda maior causa de morte de jovens com idade entre 15 e 19 anos, tendo ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo entre os métodos mais comuns de suicídio a nível global. Cada suicídio é uma tragédia que afeta países de baixa e média renda e tem efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. Pode afetar indivíduos de diferentes origens, classes sociais, culturas, orientação sexual e gêneros, através de inúmeros fatores, como: situações de vida estressantes, conflitos interpessoais, transtornos mentais, problemas familiares, abuso de substâncias e doenças físicas. (OMS, 2000)

Suicídio no mundo

O suicídio ocorre em diversos lugares no mundo. Há uma estimativa anual de que milhares de pessoas se suicidam, e que para cada pessoa que se suicida, outras 20 tentativas de suicídio acontecem. Das causas de morte no mundo, o suicídio é a 15ª causa na população geral, representando 1,4% das mortes mundiais. (OMS, 2017)

Ainda que o cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido (LEENAARS, 2005). Sabe-se que o fenômeno do suicídio é complexo, influenciado por vários fatores, e que generalizações de fatores de risco são contraproducentes. A partir de uma análise contextual é possível compreender situações de maior risco, entre elas ter acesso aos meios de cometer suicídio, apresentar dificuldade em lidar com estresses agudos ou

crônicos da vida, e sofrer violência baseada em gênero, abuso infantil ou discriminação. (OMS, 2014)

Para Freud, no texto *Luto e Melancolia* (1997), o suicídio seria a volta da destrutividade contra si mesmo, como punição pelo desejo de matar o outro. Macedo (2007), também coloca que para Freud, ninguém abriga pensamentos de suicídio que não sejam derivados desse desejo. E que o suicídio está ligado a uma questão traumática, uma relação de ato contra a dor. (MACEDO, 2007).

Durkheim (1987) apresenta o fenômeno do suicídio como a prova maior de que a felicidade não aumenta com o progresso, mostrando que o suicídio é maior nas sociedades modernas. O livro de Durkheim sobre o suicídio está relacionado a divisão do trabalho e o desenvolvimento do capitalismo. O autor analisa ainda as crises econômicas, a não adaptação dos trabalhadores e suas ocupações e a violência das reivindicações dos indivíduos com relação à coletividade. (FONTES, 2000).

Suicídio no Brasil e nos povos indígenas

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM, 2017), 11 mil pessoas em média tiram a própria vida por ano, lesões autoprovocadas no país são a quarta maior causa de morte entre 15 a 29 anos, sendo 65,6% dos óbitos nessa faixa etária são por causas externas (violências e acidentes).

Quando falamos de gênero, é a terceira maior causa de morte entre homens de 15 a 29 anos e a oitava maior causa entre mulheres da mesma idade. O país registou um aumento da taxa de mortalidade por suicídio de 100 mil habitantes, entre os anos de 2011 e 2015. Entre 2011 e 2016, foram notificados 176.226 casos de lesões autoprovocadas, sendo 48.204 tentativas de suicídio, praticadas por mulheres através de envenenamento e intoxicação, que são também as mais recorrentes na tentativa (SIM, 2017).

A partir de 2011 a notificação tornou-se obrigatória, evidenciando ainda, que segundo dados do SIM (2017) os homens morrem mais por suicídio no Brasil, com 62% dos 62.804 casos de suicídio por enforcamento, e em idade maior que 70 anos em quase todo o país, com o Sudeste apresentando 38% dos suicídios e 42% da população.

Na etiologia brasileira o suicídio vem sendo observado intermitentemente. E de acordo com dados do SIM, os indígenas cometem mais suicídio, se comparados com brancos, negros e amarelos. A taxa de mortalidade por suicídio nessa população, é de 15,2 na população sua geral, enquanto na população branca é de 5,9, na negra de 4,7 e amarela 2,4. (SIM- Brasil, 2016a). E sua incidência é maior na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo 48% dos suicídios indígenas. Além disso, quanto aos fatores de risco e proteção, os indígenas apresentam -105 para fatores negativos e 1 para fatores positivos. (SIM- BRASIL, 2016 b).

Maximiliano Loiola Ponte de Souza (2016), em seu artigo “Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos”, no qual ele colhe narrativas indígenas sobre o suicídio, contadas pelo indígena Kumu. Relata que há diferenciações de espaço-tempo na percepção indígena rionegrina. Ao dar sentido a essas narrativas, descreve que o suicídio, para os povos originários dessas narrativas, “é representado como um possível caminho a ser utilizado por certas pessoas, em certas condições, para lidar com tensões e conflitos, que de um modo ou de outro sempre existiram.”

José Carlos S. Bom Meihy (BOM MEIHY, 1991) realizou uma pesquisa técnica oral de vida dos indígenas da etnia Kaiowá, na qual ele destaca que há uma diferenciação da percepção dos povos nativos sobre o suicídio, daquela relatada pelos autores brancos. Para Meihy, os indígenas apresentam uma “absoluta vontade de viver, expressa inclusive e principalmente pelo considerável crescimento demográfico.” (BOM MEIHY, 1991). O autor

aborda que as formas remetentes ao suicídio desse povo fazem parte das suas tradições e ritos. É que:

“As mortes pois, são, paradoxalmente, o mais veemente grito para a vida. Se alguma coisa pode ser feita pelos Kaiowá, é ouvi-los. Ouvir suas vozes implicaria em respeitar suas vidas, e, para isto, nós brancos temos que aprender as lições do silêncio e a arte de escutar. Escutar admitindo que o grupo quer permanecer e que é possível estabelecer convívios oportunos.”

Maria Luiza Garnelo Pereira (2018), alerta para a necessidade de se estudar o suicídio indígena na perspectiva indígena. A autora reconhece que fatores externos podem mudar a vivência de um coletivo indígena, mas que tem estressores internos, como por exemplo, os relacionados a papéis tradicionais e sobre como atender determinadas demandas do mundo ocidental, como a de estudo, pode contribuir para uma sociedade indígena:

“A necessidade de uma agenda que tente compreender o suicídio através de uma perspectiva mais interna. Tem a pressão da terra, tem a pressão da violência, tem as expulsões. E evidentemente que qualquer pressão externa sobre um grupo social provoca mudanças intergrupos... Buscar entender isso do ponto de vista dos índios, dos sujeitos desse processo.”

Fatores associados as mortes por suicídio na população indígena

Cabe ressaltar neste momento, que os fatores aqui destacados são fatores básicos e não definidores de morte e vida dos povos indígenas. É equivocado pensar que as mortes por suicídio nos povos originários são causadas somente por esses fatores e que o suicídio acontece na cultura indígena com a mesma intenção de autodestruição da vida que nas outras culturas, muitas vezes, ele se apresenta como um grito pela vida. E é esse grito pela vida, para que possam viver de acordo com suas tradições e costumes, que fazem esses fatores estarem paradoxalmente associados as mortes por suicídio nessa população. (BOM MEIHY, 1991)

As doenças transmissíveis e a interferência da baixa expectativa de vida nos arranjos familiares, são apontadas como determinantes de suicídio entre os jovens de algumas etnias por Ricardo V Santos e Carlos E. A. Coimbra Jr., no livro Saúde e Povos indígenas (1994). Segundo os autores, o contato próximo dos indígenas de Tupí-Mondé (AM) com colonizadores, através da inserção ocidental próximo as terras indígenas, afetaram a saúde dessa tribo com doenças infecciosas e parasitárias (SANTOS & COIMBRA, 1994).

Após esse período, com o contato oficial e permanente dos indígenas com a sociedade ocidental, aumentou-se os níveis de mortalidade entre os Tupí-Mondé. Enquanto na etnia de Suruí instauravam-se epidemias de sarampo, tuberculose e gripe, que resultou na diminuição do seu povo em 75%, entre o final dos anos 60 e início dos anos 70 (COIMBRA JR, 1989 apud SANTOS, 1994).

Nesse período de colonização e expansão socioeconômica, que se estende até os dias de hoje, os Tupí-Mondé tiveram os seus hábitos tradicionais modificados “pela crescente pressão sobre os recursos naturais já não passíveis de ser aliviado devido a redução da mobilidade” (SANTOS, 1994) e pela redução ou abandono de suas práticas de subsistência tradicionais (SANTOS & COIMBRA, 1994). Houve alteração “nos padrões de habitação, na disposição das aldeias” (SANTOS & COIMBRA, 1994) e na sua conjugação familiar, que antes eram numerosas, e a partir de então, tornaram-se famílias comuns (SANTOS & COIMBRA, 1994 c).

“A possibilidade de um dado grupo sucumbir diante de devastadores efeitos do contato, ou dele sobreviver, é em larga escala determinada pelos fatores externos

e internos. Dentre as variáveis externas, uma das mais importantes diz respeito a velocidade com a qual o grupo é forçado a se adequar às novas condições ambientais e sociais impostas pelo conato.” (Santos & Coimbra, p. 238, 1994)

A violência dos madeireiros, dos fazendeiros e do estado são outros fatores que constituem o genocídio da população indígena e conseqüentemente suicídio. Segundo Emílio Sarde Neto (2018), a violência sofrida pelos indígenas tem íntima associação com a luta pela demarcação de terras, que afeta conseqüentemente o seu sistema de subsistência. Essa violência ocorre devido os indígenas preservarem parte das florestas através do consumo sustentável, o que os torna alvo de desmatamento, exploração, como também da extinção de animais e contaminação de rios (NETO, 2018).

A violência do estado pode ser observada, quando, apesar do direito a demarcação de terras ser garantido aos povos indígenas pela constituição federal de 1988 “nos últimos vinte anos, a demarcação tem sido realizada segundo os critérios de interesses políticos e não do que está previsto na Constituição Federal, que estipula cinco anos para a oficialização e homologação de todas as terras” (NETO, 2018)

Até o ano de 2014, 15% da área das Terras Indígenas já tinha sido derrubada. Fora das áreas indígenas o desmatamento é maior e chega a mais de 11%, sendo as áreas habitadas por indígenas as partes mais preservadas. De todo o restante que vai sobrando da floresta 25% está em Terras Indígenas, e isso constitui uma grande barreira para os setores privados, resultando em vários conflitos com as comunidades. (Emílio Sarde Neto, 2018, p. 525)

A relação entre o genocídio da população indígena e a luta pela terra se constata que entre os anos de 2010 e 2017 foram registradas mais de 400 mortes de indígenas (CIMI, 2017). Estando entre os que sofreram maiores ameaças as lideranças e ativistas da causa, sendo acolhidas pelo programa de proteção dos defensores dos direitos humanos (NETO, 2018). E entre os anos de 2012 e 2014 as lutas travadas no sul do país e no Mato Grosso do Sul, elevaram a violência causada pelos latifundiários aos povos originários, evidenciando mais de 250 indígenas assassinados (CIMI, 2017).

Ainda segundo Emílio Sarde Neto (2018), a etnia mais afetada são os Guarani-Kayowá, “que são atacados constantemente pelos jagunços mandados pelos fazendeiros”, aumentando os índices de violência, mortes e suicídios em indígenas, causados pela falta de suas terras.

O conseqüente suicídio ocorre em grande número entre os jovens indígenas, esse fator está relacionado à violência, à falta de garantia de justiça pelo poder público, o que leva ao aumento dos transtornos de ansiedade, de depressão e a morte. Problemas de saúde agravados pelo preconceito e discriminação gerados pelo não conhecimento de suas culturas, através das igrejas e centros urbanos. (BOM MEIHY, 1991)

O racismo aos povos indígenas perpassa por diferenciações ao longo do processo histórico brasileiro (BRIGHENTI, 2015). No período colonial o racismo pregava que os índios eram pagãos e hereges, pessoas que necessitavam serem catequizadas e passarem por um processo civilizatório. Conceito que faziam os índios negarem a sua fé e colocava em dúvida suas potencialidades (MAIO & SANTOS, 1996).

A partir do século XIX, a inferiorização era por parte dos cientistas, que entraram num consenso de que os índios eram uma raça em extinção.

Lançando mão da literatura científica estrangeira, foram antes os atributos negativos da mesma raça – sobretudo a sua inferioridade moral, física e intelectual – que justificavam e autorizavam a exclusão dos índios do futuro da nação, inclusive por meios violentos. (MAIO & SANTOS, 1996, p. 18).

Segundo Brighenti (2015), na contemporaneidade, o racismo é evidenciado pela crença de que os povos indígenas não evoluíram e atrapalham o desenvolvimento. Além de ser não expressa somente por pessoas e grupos, mas também pelo estado, através da não efetividade de suas leis (BONIN, 2015).

A violência aos povos originários deve ser compreendida de forma sistêmica. Avaliando-se não somente dados e estatísticas, mas considerando os sentimentos e cosmovisões das vítimas indígenas. Atribuindo a essa violência o conceito de violência simbólica, o autor afirma que ela “é a manifestação da legitimidade do discurso dominante” (BRIGHENTI, 2015). Isso ocorre porque a violência simbólica resulta também em violência física, tornando os indígenas vulneráveis, o que legitima o discurso de inferioridade (BRIGHENTI, 2015).

Para Brighenti, o fato de o Mato Grosso do Sul ser um dos estados mais violentos aos povos indígenas e o que apresenta as taxas de suicídio mais elevadas. Com 707 casos de suicídios no estado, entre os períodos de 2000 a 2014, segundo dados do CIMI (2015), não é coincidência.

Além disso, o enfrentamento de conflitos como a violência, abusos ou perdas estão fortemente associados com o comportamento suicida. E as taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como indígenas, refugiados, migrantes etc. (OMS, 2018).

Estratégias de enfrentamento do suicídio na população indígena

Existem estratégias de enfrentamento do suicídio na população geral, mas as comunidades indígenas necessitam de estratégias específicas, relacionadas a sua organização social e cultural. A atenção ao suicídio dos povos indígenas, começou a ser pensada somente no ano de 2000, e atualmente as ações são de responsabilidade da SESAI/MS. Nos locais, em cada DSEI, com base no sistema de matriciamento, o gerenciamento das ações cabe a um profissional de referência técnica na área de saúde mental (MS, 2017 a).

A primeira estratégia traçada, a partir de 2010, foi a vigilância epidemiológica nos DSEI, e os estudos antropológicos nos DSEI Araguaia e Tocantins. Com ações de coleta, organização, e análise dos eventos para acompanhar as taxas de suicídio indígena. Além de outras informações, os dados de vigilância epidemiológica dão os fatores de risco, a faixa etária e espacialidade, oferecendo subsídios para as estratégias de prevenção e intervenção nessa população (MS, 2017 b).

A segunda estratégia é a promoção e prevenção da saúde. No qual os DSEI's contam com o apoio de psicólogos e assistentes sociais. Há um fortalecimento da identidade, das redes sociais de apoio e cultural das comunidades. São realizadas ações como grupos de apoio e escuta, grupos produtivos de geração de renda, projeto terapêutico local, grupos de discussão sobre temas variados nas movimentações sociais e comunitárias, estando a violência entre os temas abordados (MS, 2017 c).

Em 2014 visou-se implantar uma linha de cuidado nos municípios com as taxas de suicídio mais elevadas. Através de uma atenção especializada as famílias e grupos com vítimas de suicídio e a elaboração de um projeto terapêutico para os indivíduos com vulnerabilidades (MS, 2017 d).

Em 2015, com base no plano de ações de prevenção do suicídio a população mundial da OMS. A SESAI estipulou a redução do suicídio em 10% até 2019. Essa meta conta com, além dos cuidados tradicionais, com ações de qualificação dos profissionais dos DSEI, vigilância das tentativas e dos óbitos por suicídio, identificação de famílias com riscos e atenção à saúde mental de indivíduos que apresentarem sofrimento mental e/ou ideação suicida (MS, 2017 e).

A fim de qualificar estas estratégias, são realizadas regularmente ações de educação continuada com os profissionais de saúde mental dos DSEI, por meio de encontros para apresentação das ações, resultados, discussão das necessidades locais bem como estudos sobre temas de epidemiologia e antropologia da saúde. Em nível local são realizadas, pelo psicólogo ou assistente social, ações de supervisão, apoio, discussão de casos, capacitação em vigilância epidemiológica e ações de promoção e prevenção em saúde. (MS, 2019, p. 9)

Material audiovisual na promoção da saúde psicossocial.

A televisão, o cinema, o computador e o vídeo desempenham indiretamente um papel educacional relevante. Veiculam continuamente informações interpretadas, apresentam modelos de comportamento, ensinam linguagens coloquiais e multimídia, privilegiam alguns valores em detrimento de outros (Machado, 1988), enfim enunciam discursos e estabelecem diálogos entre diferentes comunidades.

O produto audiovisual é uma produção cultural, no sentido em que é uma codificação da realidade, na qual são utilizados símbolos fornecidos pela cultura, e partilhados por um grupo de pessoas que produz o produto e pelas pessoas para as quais o produto se destina (BABIN & KOULUMDJIAN, 1989).

Imagem e som são ferramentas que se expandem, principalmente com o avanço da tecnologia. A saúde não está distante dessa atualização, o material audiovisual utilizado na divulgação em saúde, aproxima a população de uma comunicação cultural, que é capaz de transmitir expressões, diminuir distâncias e desfazer preconceitos e mitos, que são comumente entendidos como realidades (PIMENTA, 2006).

RESULTADOS

O material produzido obedeceu a metodologia descrita acima, todo o processo de gravação ocorreu em dois dias. A primeira gravação foi no dia 17 de outubro de 2019 e a segunda no dia 02 de novembro de 2019. No primeiro dia a filmagem teve a participação de Marize Vieira de Oliveira (Parareté) da etnia Guarani-Kaiowá, que nos deu um depoimento emocionado sobre os fatores associados as mortes por suicídio na população indígena. No segundo dia as cenas foram gravadas pela autora deste trabalho, que seguindo o roteiro técnico elaborado falou sobre os povos indígenas, a saúde indígena, o suicídio no mundo, no Brasil e nos povos originários, os fatores associados as mortes por suicídio nessa população, finalizando com estratégias de enfrentamento do suicídio nos povos nativos. O produto tem a duração de 15 minutos e 08 segundos, com a qualidade de imagem HD 1920x1080p 30 FPS, áudio de 128kbps e MP3 estéreo. Foi dividido em 9 partes, contando com a edição de Guilherme Araújo, que acrescentou outros vídeos sobre os temas abordados pelas participantes. Segue abaixo a transcrição do vídeo:

Abertura:

Título: O suicídio da População Indígena

Imagem: Indígena ao som da introdução da música Guarani.

Cena 1: Povos Indígenas no Brasil (subtítulo)

Narradora (Karoline Nascimento, Estudante): A atual população indígena brasileira é de mais de 817.963 indígenas, distribuídos em 5.614 aldeias, esses indígenas falam 274 línguas distintas e são distribuídos também em 305 povos diferentes. Os povos originários ocupam 12,6% do território brasileiro. Existem povos em todos os Estados da Federação, inclusive do Distrito Federal.

Cena 2: Saúde Indígena (subtítulo)

Narradora: A saúde indígena é garantida pela Lei 8080, através do subsistema de saúde indígena. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve ser como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Fazem parte da Atenção à saúde indígena, a Sesai, o SasiSUS, a Casai, o Polo Base e a FUNAI que é a Fundação Nacional do Índio.

Trecho do Vídeo Saúde Indígena 10ª Grande Assembleia

Cena 3: Suicídio no mundo (subtítulo)

Narradora: O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e a cada adulto que se suicida, pelo menos 20 pessoas atentam contra a própria vida. Segundo a OMS, o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo e em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral e entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda maior causa.

Cena 4: Suicídio no Brasil e na população Indígena (subtítulo)

Narradora: Na etiologia brasileira o suicídio vem sendo observado intermitentemente. E de acordo com dados do SIM, os indígenas cometem mais suicídio, se comparados com brancos, negros e amarelos. A taxa de mortalidade na população indígena é de 15,2 na população sua geral, enquanto na população branca é de 5,9, na negra de 4,7. Sua incidência é maior na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo 48% dos suicídios indígenas. Quando falamos de fatores de proteção e fatores de risco os indígenas apresentam -105 para fatores negativos e 1 para fatores positivos.

Trecho do vídeo O suicídio, o desespero entre os indígenas no Brasil.

Cena 5: Fatores Associados as mortes por Suicídio na População Indígena (subtítulo)

Narradora (Karoline Nascimento, Estudante): Inicialmente eu quero ressaltar que os fatores aqui destacados não são fatores definidores de morte e vida dos povos indígenas, são sim fatores associados. É equivocado pensar que as mortes por suicídio na população indígena acontecem somente por esses fatores e que o suicídio indígena acontece com a mesma definição de autodestruição da vida que nas outras culturas, muitas vezes o suicídio na população indígena se apresenta como um grito pela vida. E é esse grito pela vida, que faz com que esses fatores sejam associados as mortes por suicídio nos povos originários.

Trecho do depoimento de Marize Parareté da etnia Guarani-Kaiowá, Presidente da Associação Indígena Aldeia Maracanã, falando sobre suicídio.

Cena 6: Contato com outras culturas

Narradora: O primeiro fator associado às mortes por suicídio nessa população que podemos destacar é o contato com outras culturas, mas não somente o contato, mas sim aquele que suprime a da cultura indígena, impedindo que eles possam viver com seus costumes e tradições.

Trecho do depoimento de Marize Parareté da etnia Guarani-Kaiowá, Presidente da Associação Indígena Aldeia Maracanã, falando sobre assédio das igrejas dentro de algumas aldeias, com o objetivo de mudar a forma de viver e de ser do povo indígena.

Cena 7: A violência dos madeireiros, fazendeiros e do estado

Narradora: Um fator muito importante que podemos destacar é a violência dos madeireiros e fazendeiros, porque a violência que eles sofrem tem uma íntima relação com a luta pela demarcação de terras, que afeta consequentemente o seu sistema de subsistência. A violência causada pelos madeireiros e fazendeiros ocorre porque os indígenas preservam e são a favor do consumo sustentável, o que os torna alvo de desmatamento, exploração, como também da extinção de animais e contaminação de rios.

Narradora: A violência do estado pode ser observada, quando os indígenas têm as suas terras garantidas pela constituição de 88, mas a demarcação delas ainda está condicionada a um teor político.

Trecho do depoimento de Marize Parareté da etnia Guarani-Kaiowá, Presidente da Associação Indígena Aldeia Maracanã, falando sobre o capitalismo, a relação da população

com a terra, principalmente terras indígenas e sobre a ausência do estado na educação e no acesso ao trabalho.

Trecho do vídeo Acampamento Terra Livre

Trecho do vídeo A Marcha

Cena 8: Racismo

Narradora: O racismo aos povos indígenas perpassa por diferenciações ao longo da história. No período colonial o racismo pregava que os índios eram pagãos e hereges, pessoas que precisavam ser catequizadas e passarem por um processo civilizatório. Esse conceito que faziam os índios negarem a sua fé e colocava em dúvida suas potencialidades. Atualmente o racismo é evidenciado pela crença de que os povos indígenas não evoluíram e que atrapalham o desenvolvimento. Além desse racismo não ser expresso somente por pessoas e grupos, mas também pelo estado, através da não efetividade de suas leis.

Trecho do depoimento de Marize Parareté da etnia Guarani-Kaiowá, Presidente da Associação Indígena Aldeia Maracanã, falando sobre a invisibilidade indígena.

Cena 9: Fortalecimento entre os povos, no convívio, no contato com o seu povo e sua cultura.

Narradora: Uma das formas de prevenção do suicídio nos povos indígenas é o fortalecimento de suas culturas e o fortalecimento do contato dos indígenas que estão em situação urbana com o seu povo e o seu território.

Trecho do depoimento de Marize Parareté da etnia Guarani-Kaiowá, Presidente da Associação Indígena Aldeia Maracanã, falando sobre o fortalecimento no coletivo.

Final:

Voz: Marize Parareté falando sobre as diversas possibilidades de minar a saúde mental antes de achar que não se tem mais o que fazer.

Créditos:

Autoria: Karoline Nascimento

Filmagem e edição: Guilherme Araújo

Participação: Marize Vieira de Oliveira (Parareté)

Colaborações; Cláudia Menezes e Giovane Oliveira

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No século XIX, houve um imaginário científico de interiorização que acreditava que a população indígena estava extinta, mesmo ocorrendo uma diminuição populacional entre os anos 1500 e 1970, a partir do século XX houve um crescimento dos povos nativos. O que faz com que hoje o quantitativo populacional indígena seja de 817.963 mil. Ocupe 12,6 do território nacional, falando 274 línguas diferentes e 305 povos diferentes, divididos em 5.614 aldeias. A saúde indígena é assegurada pela lei Nº 9.836/1999, juntos aos órgãos responsáveis Sessai, FUNAI, Casai, Polo Base, DSEI's, mas de acordo com Emílio Sarde Neto (2018), a violência do estado é evidenciada pelo não cumprimento das leis, estando isso submetido a interesses políticos.

O suicídio é um fenômeno complexo e influenciado por vários fatores, intrínsecos e extrínsecos. Podemos observar isso, também, nas mortes por suicídio dos povos nativos. Além da violência do estado já citada, temos ainda, a violência dos madeireiros e fazendeiros, motivados pela exploração e destruição da terra, dos mares e rios, incluindo, aqueles ocupados e que estão sob os cuidados dos povos indígenas. (NETO, 2018) outro fator evidenciado é o racismo, caracterizado pela ideia de que os indígenas impedem a evolução do país, praticado não somente por grupos e pessoas, mas também pelo estado. Ao decorrer deste estudo e da produção do material audiovisual foi observado o quanto este tema é doloroso a determinados povos indígenas. E que os fatores externos, apesar de importantes para a prevenção do suicídio nessa população, não são definidores do

suicídio dos povos nativos. Pois consideram o conceito de suicídio ocidental, que exclui percepções indígenas sobre vida e morte. (PEREIRA, 2018).

Dessa forma, este estudo dissertou sobre os fatores externos associados ao suicídio indígena, e acabou se colocando no lugar de ampliar a voz dos povos nativos, através da escuta do seu sofrimento psíquico relacionado aos fatores citados. Entendendo que como cita Meihy (1991) “as mortes são paradoxalmente o mais veemente grito pela vida”. E de assumir a necessidade da academia de estudar o suicídio a partir de uma perspectiva indígena, que leve em consideração a sua cultura, sua organização familiar, sua espiritualidade e principalmente seus conceitos de vida e morte. (PEREIRA, 2018)

REFERÊNCIAS

AGENDA ESTRATÉGICA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO. Brasília: Ministério da Saúde, 2017-2020. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf> Acesso em: 10 abr. 2019

ARROIO, Agnaldo. GIORDAN, Marcelo. O Vídeo Educativo: Aspectos da Organização do Ensino. Interfaces E Núcleos Temáticos De Estudos E Recursos Da Fantasia Nas Artes, Ciências, Educação E Sociedade, São Paulo. Novembro, 2006. Disponível em http://www.lapeq.fe.usp.br/meqvt/disciplina/biblioteca/artigos/arroio_giordan.pdf Acesso em: 11 abr. 2019.

ALTINI Emília; RODRIGUES, Gilderlan; PADILHA, Lindomar; MORAES, Paulo Daniel; LIEBGOT, Roberto Antônio. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil. Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Publicação do Conselho Indigenista Missionário – CIMI. Outubro, 2013.

BABIN, Pierre; KOULOUMDJIAN, Marie F. Os novos modos de compreender : a geração do audiovisual e do computador. São Paulo: Paulinas, 1989.

BANDEIRA, DENISE. Materiais Didáticos. IESDE Brasil S.A, Curitiba, 2009.

BONIN, Iara. Racismo: desejo de exterminar os povos e omissão em fazer valer seus direitos. In: CIMI. Relatório: Violência contra os povos indígenas no Brasil. Dados 2014. Brasília: Cimi, 2015.

BORGES, Vivian Roxo. WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Estud. psicol. Natal. Setembro/Dezembro. 2006. Vol 11. Nº 3,.

BRAND, Antônio. Os complexos caminhos da luta pela terra entre os Kaiowá e Guarani no MS. Tellus, Campo Grande - MS, abr. 2004. ano 4, n. 6, p. 137-150,

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Quem Somos**. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/quem-somos> Acesso em: 01 de jul 2019.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Quem Somos**. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/pdf-brasil-ind.pdf> Acesso em: 01 de jul 2019.

BRASIL, IBGE. No Brasil, população indígena é de 896,9 mil. Abril. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2015/04/populacao-indigena-no-brasil-e-de-896-9-mil>
Acesso em: 02 maio 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir – Boletim Epidemiológico. Brasília, 2017. vol. 48, n. 30

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRIGHENTI, Clovis Antônio. L Colonialidade do poder e a violência contra os povos indígenas. Revista PerCursos. Florianópolis, set./dez. 2015. v. 16, n.32, p. 103 – 120.

BOM MEIHY, C. S. Canto de Morte Kaiowá. São Paulo: Edições Loyola, 1991.

BONIN, Iara. Racismo: desejo de exterminar os povos e omissão em fazer valer seus direitos. In: CIMI. Relatório: Violência contra os povos indígenas no Brasil. Dados 2014. Brasília: Cimi, 2015.

CARDOSO, Laís Santos de Magalhães et al. Aranãs do médio Jequitinhonha: aspectos socioeconômicos, demográficos e sanitários de uma população indígena desaldeada. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, dez, 2016 v. 21, n. 12, p. 3859-3870.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil. Relatório. Dados de 2014. Brasília: CNBB, 2015.

DOCUMENTÁRIOS GUERRA DO BRASIL.DOC. Direção: Luiz Bolognesi. Buriti Filmes, TV Brasil, 2018. Temporada 1, episódio 1- Guerra das Conquistas (26 min).
Durkheim, Émile. O suicídio. Estudo de Sociologia. Ed. Martins Fontes. São Paulo, 2000.

FARO, André e PEREIRA, Marcos Emanuel. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. Estud. psicol. Natal, 2011, vol.16, n.3, p.271-278.

LAGE, Iris Leticia. Reflexões Psicanalíticas sobre o Suicídio. São Paulo Edit. UNIFESP., 2013

LOIOLA, Ponte de Souza Maximiliano. JÚNIOR, Tadeu da Silva Onety Ricardo aracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2017, vol.26, n.4, p.887-893.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother e Werlang, Blanca Susana Guevara. Tentativa de Suicídio: O Traumático Via Ato-Dor. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Abr-Jun 2007, Vol. 23 n. 2, p. 185-194.

Machado, Arlindo (1988). A Arte do Vídeo. São Paulo: Brasiliense

MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. Raça, Ciência e Saúde .Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCBB, 1996, 252 p.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, Fundação Nacional do Índio – FUNAI, 2019. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/a-funai#>. Acesso em 30 Nov, 2019.

Ministério da Saúde, 2013. Secretaria Estadual de Saúde Indígena. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sesai> Acesso em: 01 de jul 2019.

Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI. Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas 2017 – 2018. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/Agenda-Estrategica-Prevencao-Suicidio-SESAI-2017.pdf> Acesso em: 04 jul. 2019.

NETO, Emiliano Sarde. terra e genocídio: apropriação e violência nas terras indígenas do Brasil. Caderno Humanidades em Perspectivas - I Simpósio de Pesquisa Social e I Encontro de Pesquisadores em Serviço Social - Edição Especial Julho/2018.

OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco. Suicídio entre os povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Rev. psiquiatr. Clín. São Paulo, 2003.v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

OPAS, BRASIL. Folha informativa – Suicídio, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839 Acesso em: 02 jul. 2019.

PEREIRA, Anderson Siqueira et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro. Nov, 2018. v. 23, n. 11, p. 3767-3777.

PEREIRA, Maria Luiza G. Número de suicídios entre indígenas disparou, alerta pesquisadora [Entrevista cedida ao] Programa Ambiente É o Meio. Rádio USP, Radioagência USP, 2016. Disponível em: <http://jornal.usp.br/radio-usp/radioagencia-usp/numero-de-suicidios-entre-indigenas-disparou-alerta-pesquisadora/> Acesso em: 24 out. 2019.

SANTOS, Ricardo V; COIMBRA Jr, Carlos E. A. *Saúde e Povos Indígenas [online]*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1994.

SANTOS, R. V., COIMBRA JR., C. E. A., and CARDOSO, A. M. Povos indígenas no Brasil. In: BARROS, D. C., SILVA, D. O., and GUGELMIN, S. Â., orgs. Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 20-45.

SOARES, C.B; HOGA, L.A.K; PEDUZZI, M. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.2 São Paulo Apr. 2014

SOUZA, Maximiliano L. P. de. Narrativas Indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos saude soc. [online]. São Paulo, Jan- Mar 2016, vol.25, n.1, p.145-159.

TOWNSEND, MARY C. Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada em Evidências. Rio de Janeiro. Editora Koogan, 7 ed, 2014.

TURATO RIBEIRO, EGBERTO. Introdução à Metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa: Definição e Principais Características. Revista Portuguesa de Psicossomática Porto-Portugal, jan/jun 2000.vol. 2, n.1, p. 94-108.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. - Handbook of qualitative research. London, Sage Publication, 1994. 643p.

Cristian Carla A. Volski Cassi

Enfermeira Especialista em Nefrologia, Mestre em Educação, Professora da Universidade Federal do Paraná, Curso Licenciatura em Enfermagem callnurse@terra.com.br

Caroline Colli Plakitca

Enfermeira Especialista em Nefrologia, Especialista em Gestão Executiva em Negócios da Saúde, Especialista em Terapia Intensiva.

Gerente de Atendimento ao Cliente do Grupo Instituto do Rim do Paraná

Mireille Janczyk Hereibi

Enfermeira Licenciada pela Universidade Federal do Paraná, Enfermeira do Programa de Saúde da Família em São José dos Pinhais/Pr mireille.jh@gmail.com

Gisele Szalow de Lima

Enfermeira Licenciada pela Universidade Federal do Paraná

RESUMO

A Nefrologia caracteriza-se por cuidados de alta complexidade e por essa razão há grande participação de técnicos de enfermagem em tratamentos dialíticos, supervisionados por enfermeiros. Esse estudo derivou de um relato de experiência sobre o processo de elaboração, implantação e avaliação de um curso de capacitação em hemodiálise para técnicos de enfermagem, realizado em parceria com uma instituição de atendimento em Nefrologia (hemodiálise) O objetivo geral foi relatar e analisar a implantação desse curso. Utilizou-se dados secundários, coletados na referida instituição e analisados descritivamente. Ao identificar pouca qualificação e dificuldade de capacitação em serviço, em parceria com a graduação de licenciatura em enfermagem, foi elaborado um curso de capacitação aberto à comunidade de técnicos de enfermagem. O curso teve inicialmente um total de 30 horas de aulas presenciais teóricas e 60 horas de estágio prático, realizadas nas clínicas da instituição. Utilizou-se uma prova escrita individual para avaliação teórica e um checklist de competências clínicas para a prática. Três enfermeiros, um psicólogo e um nutricionista, todos funcionários assistenciais da instituição, compuseram o corpo docente e, os licenciandos em enfermagem da Universidade Federal do Paraná realizaram a orientação pedagógica do curso. Verificou-se a complexidade da criação de um curso de capacitação e a importância do embasamento didático-pedagógico para sua assertividade.

Descritores: Educação; Enfermagem; Nefrologia; Capacitação profissional; Saúde do adulto.

INTRODUÇÃO

As demandas para profissionais de saúde que lidam com alta complexidade são altas no Brasil. A nefrologia é um exemplo de especialidade de alta complexidade, com

constante atualização de métodos e tecnologias. A maioria dos pacientes renais crônicos realiza tratamentos dialíticos e recebe diretamente o atendimento de enfermagem, seja durante consultas de enfermagem ou no procedimento por técnicos em enfermagem (Silva et al., 2011).

Um estudo realizado com 51 pacientes atendidos em uma unidade de hemodiálise identificou registros de eventos adversos em 98,03% dos pacientes. As autoras afirmam que os pacientes renais apresentam quadros delicados e sérias complicações, e as terapias substitutivas renais, pela sua complexidade, aumentam o risco dos eventos adversos (Lessa et al., 2018). Portanto, os profissionais de saúde que atuam nessa área devem ser mais preparados e buscar qualificação específica para seu objeto de trabalho. Embora a formação dos técnicos de enfermagem seja generalista, a nefrologia requer conhecimentos específicos para garantir a segurança do paciente. No mercado de trabalho, observa-se a necessidade de profissionais capacitados e qualificados para a execução de cuidados críticos, instrumentalizados com conhecimento aprofundado sobre anatomia, fisiologia e farmacologia para compreender o contexto do paciente, as indicações de cada procedimento, as rotinas específicas e possíveis complicações, tanto do tratamento quanto do curso natural da doença.

Diante deste cenário, uma instituição de saúde de Curitiba que presta serviço de tratamentos dialíticos identificou a necessidade de formação de mão de obra especializada nessa área, com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência oferecida aos pacientes e familiares renais crônicos. Em uma breve busca online, além do referido curso, foi encontrado apenas mais um voltado para nefrologia em Curitiba, porém o *site* está desatualizado, cuja última data consta de 2015. Além dele, foi encontrado um curso online, com certificação à distância. No momento das buscas, não foram localizados cursos semelhantes para as especialidades de cardiologia, neurologia e cuidados intensivos, que também têm caráter de alta complexidade.

Não obstante a escassez de informações sobre os cursos existentes, observa-se também que a pesquisa em enfermagem pouco aborda a qualificação e especialização dos profissionais de nível médio. Na literatura, observa-se escassez de artigos e livros sobre a qualificação de profissionais de nível médio na área de enfermagem, bem como cursos de livre demanda e/ou de especialização voltados essa categoria profissional, principalmente em áreas específicas como a nefrologia. Em 2003, Bezerra já apontava a escassez de publicações no Brasil sobre as responsabilidades de um setor de educação continuada. No mesmo sentido, Mata e Madeira (2010) apontam a necessidade de pesquisas que analisem o contexto da educação profissionalizante.

Tendo em vista a existência de um curso de livre demanda em nefrologia e a escassez de estudos sobre a formação de técnicos de enfermagem sob a perspectiva da educação, torna-se necessário conhecer os serviços educacionais existentes de qualificação pós-formação no que concerne sua elaboração, construção, adequação à demanda e resultados. Diante do exposto, esse estudo teve como objetivos analisar um curso de capacitação em nefrologia para técnicos de enfermagem, identificar cursos de especialidades disponíveis voltados para técnicos de enfermagem, entender o funcionamento do treinamento de técnicos de enfermagem para áreas específicas, e identificar a metodologia e o processo de elaboração do curso de capacitação.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de elaboração, implantação, execução e reavaliação do curso de capacitação em hemodiálise para técnicos de enfermagem. Para Lopes (2012), um relato de experiência "é importante para a descrição

de uma vivência particular que suscitou reflexões novas sobre um fenômeno específico" (p. 1).

Ao desenvolver um plano de pesquisa para orientar a coleta de dados, pode-se dividir as informações obtidas em dados primários e secundários. Dados primários são aqueles que estão sendo coletados pela primeira vez, pelo próprio pesquisador. Seu propósito é atender a necessidades específicas de uma determinada pesquisa. Já os dados secundários caracterizam-se por já terem sido obtidos em algum momento anterior, e muitas vezes já foram inclusive tabulados, analisados, e estudados, e estão à disposição dos interessados (Santos et al., 2017).

O período do estudo, incluindo revisões de literatura e buscas por treinamentos e capacitação para técnicos em enfermagem, se deu de outubro de 2017 a abril de 2018. Nesta pesquisa, o local de coleta foi a própria instituição de saúde responsável pelo curso de capacitação, em Curitiba, Paraná, e foram utilizados dados secundários, com base nos documentos da instituição sobre o processo de elaboração e implantação, projeto político pedagógico, projeto pedagógico curricular, registros de profissionais técnicos interessados, matriculados e concluintes, resultados de avaliações, e outros documentos disponibilizados pela instituição, sendo esses referentes às três edições do curso de capacitação realizadas até o momento da coleta de dados. Os dados foram organizados, analisados e, por fim, descritos por meio de texto discursivo refletindo a trajetória percorrida para a concretização e aperfeiçoamento curso de capacitação em hemodiálise. Por ser uma pesquisa baseada em dados secundários, sem a aplicação de questionários e entrevistas com seres humanos, o projeto de pesquisa não foi submetido para análise de um Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa não foi financiada por nenhuma entidade.

RESULTADOS

A instituição de nefrologia que oferece o Curso de Capacitação de Hemodiálise é um grupo formado por cinco clínicas, sendo três situadas em Curitiba, Paraná, e duas na região metropolitana de Curitiba. Essas unidades atendem a cerca de 90% dos pacientes acompanhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta instituição presta os serviços de hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal para pacientes crônicos. Além disso, uma das clínicas é voltada para o atendimento de casos agudos que requerem hemodiálise, tendo um serviço exclusivo para tal. Em todas as modalidades de hemodiálise os técnicos são mão de obra especializada e única. De acordo com a enfermeira gerencial do grupo, o Curso de Capacitação em Hemodiálise para técnicos de enfermagem foi idealizado após discussões sobre a dificuldade de contratação de profissionais técnicos capacitados para a assistência, devido à escassez de técnicos com experiência em nefrologia, tratamentos dialíticos e/ou pacientes cuidados críticos. De maneira geral, os técnicos de enfermagem do local são contratados sem experiência na área e treinados no próprio serviço. No entanto, devido à demanda de trabalho, que interfere na disponibilidade e atenção tanto do técnico iniciante quanto de seu supervisor, o treinamento passa a ser superficial e mecanicista, buscando dar conta de atender essa demanda da forma mais rápida possível. Por conseguinte, um dos objetivos do curso foi oferecer uma capacitação associando a prática à teoria, que permita ao técnico compreender as causas da condição clínica bem como as possíveis complicações, para promover um embasamento técnico-científico e um cuidado mais humano e seguro para os pacientes renais.

Ressalta-se que o curso é ofertado à comunidade em geral, e ser técnico em enfermagem já concluído é condição para participar do mesmo. Esse curso não abrange os profissionais que fazem parte do quadro de pessoal da instituição. Tal fato se deve ao curso direcionar o seu conteúdo para iniciantes, oferecendo conceitos básicos e informações sobre rotinas e tecnologias que já são conhecidas pelo profissional inserido na

instituição. Considera-se, assim, que o aproveitamento não seria otimizado. A Universidade Federal do Paraná é parceira dessa Instituição e os alunos da licenciatura e bacharelado sob supervisão de professora enfermeira nefrologista, o curso teve seu conteúdo e metodologia definidos, conforme acordado entre as partes.

A realização do 1.º Curso de Capacitação em Hemodiálise para Técnicos em Enfermagem teve início no primeiro semestre de 2016, e iniciaram o curso de forma gratuita e com o apoio dos profissionais da própria instituição, que participam do planejamento e execução do curso. O curso é ofertado pelo menos 1 vez ao ano, sempre no segundo semestre. O objetivo pedagógico do curso é divulgar a doença renal e seus tratamentos, e capacitar os Técnicos em Enfermagem para o manejo em hemodiálise e a percepção de sinais e sintomas dos pacientes. Para isso, foi proposto um cronograma teórico-prático e a primeira divulgação do curso foi feita através de redes sociais, dois meses antes das inscrições.

Na primeira edição do curso a procura foi baixa: apenas 16 alunos iniciaram o curso e oito o finalizaram. Para a segunda turma do curso, realizado no segundo semestre de 2016, a divulgação foi maior. Além da divulgação em redes sociais e no *site* da instituição, foram utilizados cartazes em escolas técnicas. A equipe responsável pelo curso foi surpreendida pela resposta obtida, pois houve mais de 100 inscritos e o auditório disponível para as aulas tinha capacidade para no máximo 25 alunos. Assim, o planejamento dos profissionais supervisores foi afetado e houve, portanto, a necessidade de realizar uma seleção. Esta foi realizada pela enfermeira coordenadora do curso, por meio de uma entrevista. A entrevista aos candidatos abordava os quesitos: formação, área que já trabalhou, disponibilidade de horários e interesse na área. Dos 25 candidatos selecionados através da entrevista, 22 terminaram o curso. No ano de 2017 foi realizada a terceira edição do curso, com mudanças na estratégia de divulgação e seleção. As inscrições foram limitadas a 80 e era necessária a doação de uma cesta básica. Para esta edição, 24 alunos foram selecionados após a entrevista de seleção e 100% destes concluíram o curso.

A metodologia utilizada no curso foi teórico-prática. As aulas teóricas foram realizadas às segundas e quartas-feiras das 19 às 22 horas, durante cinco semanas, com carga horária final de 30 horas. Cada professor teve a liberdade de eleger o método de ensino de sua aula, contanto que o respectivo conteúdo fosse adequadamente abordado e os objetivos fossem atingidos. Embora sejam utilizadas dinâmicas e outras estratégias de ensino, predominam os métodos tradicionais. As aulas práticas, por sua vez, foram realizadas em quatro clínicas de hemodiálise, três vezes por semana com uma carga horária semanal de 12 horas, durante cinco semanas, totalizando uma carga horária final de 60 horas. O quadro 1 apresenta a grade curricular do ano de 2017, correspondente à terceira edição, com a carga horária e a categoria profissional responsável por cada item.

QUADRO 1 – Grade Curricular do Curso de Capacitação em Nefrologia.

C.H.	AULAS TEÓRICAS	PROFISSIONAL
1h30	Português básico	Enfermeira
4h30	Nefrologia: aspectos gerais	Enfermeira
1h30	Nutrição em hemodiálise	Nutricionista
1h30	Medicamentos em hemodiálise	Enfermeira
1h30	Psicologia - relações interpessoais	Psicóloga
1h	Risco de infecção em hemodiálise	Enfermeira
1h	Imunização em hemodiálise	Enfermeira
1h	Cuidados de enfermagem durante sessão de hemodiálise	Enfermeira
	AULAS TEÓRICO-PRÁTICAS	PROFISSIONAL
3h	Máquinas de hemodiálise	Enfermeiro
1h	Dialisadores (capilares) para hemodiálise	Enfermeiro
1h	Solução de uso em máquinas de hemodiálise	Enfermeiro

1h	Reprocessamento de dialisadores	Enfermeiro
1h	Hemodiálise: princípios físico-químicos	Enfermeira
1h	Registros em hemodiálise	Enfermeira
1h	Coleta de exames: semanais, mensais, trimestrais e anuais	Enfermeira
1h	Cateteres, FAV e Shunt	Enfermeira
1h	Cuidados de enfermagem relacionados ao acesso venoso	Enfermeira
1h	Curativos	Enfermeira
1h30	Diálise peritoneal	Enfermeira
1h30	Acessos venosos para diálise peritoneal	Enfermeira
1h30	Hemodiálise lenta	Enfermeira
1h30	Hemodiálise diária	Enfermeira

FONTE: Plano de aula fornecido pela instituição.

*Legenda: carga horária (C.H.)

O corpo docente é composto por três enfermeiros, um nutricionista e um psicólogo. O conteúdo do plano de aulas, como pode ser observado, aborda progressivamente os elementos pertinentes à hemodiálise para o profissional técnico de enfermagem, incluindo uma abordagem multiprofissional.

O aprendizado do aluno, nas aulas teóricas e teórico-práticas, foi posteriormente avaliado através de uma prova (ANEXO 1) e durante os estágios através do instrumento de *Checklist* (ANEXO 2). A prova consiste na avaliação individual escrita tradicional, e é a mesma utilizada no processo admissional da instituição. São dez questões discursivas que tratam de definições, conceitos, avaliação clínica e cálculo de medicamentos. Já o *checklist* aplicado na avaliação das aulas práticas é baseado em competências clínicas e sua gradação não é numérica, sendo indicado se o aluno realiza cada habilidade "totalmente", "parcialmente" ou "com dificuldade". Há ainda um campo para indicação de observações relacionadas ao desempenho do aluno e sua influência no conceito adotado.

Quanto aos resultados obtidos pela instituição através da realização deste curso, destaca-se a empregabilidade dos técnicos de enfermagem participantes do curso. Alguns técnicos formados pelo curso foram contratados pela própria instituição; outros são incluídos no banco de dados do departamento de gestão de pessoas para uma seleção posterior. Além da formação de profissionais mais qualificados e sua contratação, observou-se o interesse dos técnicos funcionários da instituição em participar do curso e agregar conhecimentos. Diante da demanda interna, a instituição, elaborou um segundo curso, direcionado aos profissionais que já possuem vivência e, portanto, um repertório referente à hemodiálise. Assim, há a previsão de realizar mais cursos aberto à comunidade e a primeira para técnicos de enfermagem funcionários da instituição, no segundo semestre de 2018. Dessa vez, além da participação dos alunos de Enfermagem na elaboração e planejamento do curso, também foi aberto espaço para a realização da disciplina de Prática de Docência no Universo Escolar dos alunos de licenciatura em enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Foi observado a necessidade de planejamento e constante reavaliação e readequação processual, que são essenciais para a realização de uma capacitação pedagógica com sucesso. Também pode-se observar que o investimento progressivo de recursos direcionados ao perfil do público-alvo, buscando atender às demandas que surgem ao longo do processo, tem apresentado um resultado positivo.

DISCUSSÃO

Sendo a nefrologia uma especialidade de alta complexidade a mesma requer pesquisas e discussões, no que diz respeito à importância da capacitação adequada para profissionais de enfermagem. Isso para buscar atender às necessidades dos pacientes durante os procedimentos, melhorando as condições clínicas e ofertando mais segurança

e humanidade no tratamento. Nessa busca, de melhor assistir o paciente renal crônico e os profissionais de enfermagem, em 1983, foi fundada a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN), sendo essa uma entidade sem fins lucrativos, objetivando melhor atenção aos portadores de doenças renais crônicas. Congrega toda a classe de enfermagem e promove além de eventos a titulação para Enfermeiros Especialistas mas, por vezes negligenciando a formação de auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na área.

Os níveis de auxiliar e técnico em enfermagem correspondem, atualmente, à formação de ensino fundamental e médio, respectivamente, e representam a maior parcela dos profissionais de enfermagem. Ressalta-se que a formação profissionalizante sempre foi considerada uma “subeducação”, uma vez que, em geral, atende alunos que precisam ingressar precocemente no mercado de trabalho. Essa questão também indica que a maioria dos estudantes de cursos técnicos são trabalhadores estudantes, o que implica no tempo de dedicação ao estudo fora da sala de aula, além do nível de concentração e cansaço durante o curso (LIMA; APPOLINÁRIO, 2011). Bezerra (2003) afirma que a formação básica de enfermagem é deficiente quanto à realidade e ao pensamento crítico. Dessa forma, os hábitos e práticas também se tornam pouco reflexivos, levando à necessidade de treinamentos, capacitações e educação em serviço para o aprimoramento da força de trabalho.

Tais barreiras presentes na formação do técnico de enfermagem, somadas ao enfoque generalista, contribuem para a dificuldade em aprofundar conhecimentos e incentivar profissionais técnicos a buscar aperfeiçoamento e especialização. Essa realidade foi observada e evidenciada no contexto da instituição de nefrologia que elaborou o Curso de Capacitação em Hemodiálise para Técnicos de Enfermagem.

Além disso, para Bezerra (2003), o foco do planejamento de um programa de educação continuada deve ser superar a situação real, qualificando os trabalhadores para transformar a sua prática. Sendo assim, é necessário conhecer a realidade vivenciada e identificar pontos de fragilidade na assistência para a elaboração do conteúdo do programa. Já Canever et al. (2013) afirmam que o processo de educação na enfermagem, em qualquer nível de ensino, não pode oferecer apenas teoria, devendo aliar reflexões sobre a realidade, com preparo teórico-prático.

O curso de hemodiálise desenvolvido segue nesta perspectiva, com o objetivo de aliar a prática realizada à teoria que a sustenta, tendo em vista que a carga horária de aulas práticas corresponde ao dobro da carga horária de aulas teóricas, e que tais aulas práticas são realizadas nas dependências das clínicas da referida instituição. Observa-se a preocupação de aperfeiçoamento e transformação da realidade, também, no que tange a segunda versão do curso, direcionada aos funcionários da própria instituição. Quanto ao planejamento do curso, foi elaborado entre parceria Universidade/Instituição de assistência e a troca de experiências possibilitou o aperfeiçoamento dos processos, buscando favorecer o processo ensino-aprendizagem. A organização temporal do conteúdo, bem como a realização das aulas, manifestou a predominância da metodologia tradicional de ensino. Já o método avaliativo foi misto, com avaliação teórica tradicional, e avaliação prática baseada em competências.

O modelo, ou tendência, tradicional tende a transmitir o conteúdo de forma arbitrária e impositiva, com uma sequência lógica cartesiana, progredindo do conteúdo mais simples ao mais complexo. Essa tendência valoriza a reprodução do conhecimento e promove uma relação vertical entre professor e aluno (CANAVÉR, et al., 2013). Além disso, trata-se de uma prática “conteudista”, ou seja, centrada na transmissão de conhecimentos em que o aluno assume um papel passivo de “receptáculo” (SANT’ANNA et al., 2008). Sua avaliação é realizada em momentos pontuais, com provas escritas. Este tipo de avaliação é considerado superficial, uma vez que captura momentos isolados do aluno e valoriza a

memorização em detrimento da aprendizagem de longo prazo (CANEVER, et al., 2013). Muitas vezes esse modelo não conquista o aluno e não promove a reflexão crítica para um aprendizado significativo (BEZERRA, 2003). É necessário atrair a atenção e a boa vontade dos alunos, pois a sedução do conhecimento assume um papel fundamental no processo ensino-aprendizagem e na relação professor-aluno (Perrenoud, 2001). Outro modelo muito aplicado a cursos técnicos é a tendência tecnicista, voltada para habilidades técnicas e baseada em um processo ativo de construção de competências (conhecimentos e habilidades). Assim como a tendência tradicional, sua avaliação também se dá por meio de provas objetivas. No entanto, as provas são ligadas a objetivos pré-estabelecidos, e julgam se o aluno conquistou os objetivos e habilidades esperados (CANEVER et al., 2013).

Cursos técnicos, devido ao seu caráter profissionalizante, tendem a ter uma maior preocupação em se submeter às exigências do mercado. Nesse sentido, predomina uma lógica tecnicista enfocada no "saber-fazer", ao invés do "saber-ser". Assim como a avaliação é centrada na nota e não no processo avaliativo da aprendizagem, observa-se que o processo de trabalho da enfermagem tende a ser centrado no procedimento e não no paciente/usuário (PEDUZZI, ANSEMI, 2004). Hoje a sociedade espera mais dos profissionais e manter os cursos na tendência "tecnicista" deve ser o paradigma a ser superados nas escolas de formação profissional.

Embora a ementa do curso de capacitação em hemodiálise apresente predominância da tendência tradicional, foi observado elementos da tendência do ensino libertador, como a avaliação por competências, que está ligada ao ensino baseado em competências. Esta considera o professor um profissional facilitador ou mediador do processo de ensino-aprendizagem, que promove a construção conjunta do conhecimento, em uma relação horizontal para com o aluno (CANEVER et al., 2013). A adoção do ensino baseado em competências oferece maior autonomia na elaboração de cursos, possibilitando a interdisciplinaridade, verificada na realização do curso aqui analisado.

Para Prado et al. (2012), o ensino por competências considera três parâmetros principais: conhecimentos, habilidades e atitudes, comparando os aspectos desenvolvidos pelo aluno e aqueles esperados, conforme a proposta pedagógica. O objetivo desta metodologia é identificar quais competências ainda devem ser adquiridas, pontos a serem melhorados individualmente, e elaborar estratégias para que essas competências sejam então desenvolvidas. Com esta abordagem, estimula-se o diálogo entre os conhecimentos disciplinares e a experiência do trabalho, enriquecendo a formação do aluno e promovendo a reflexão crítica sobre a sua atuação profissional. A escolha por dois métodos avaliativos diferentes, em contextos diferentes (teórico e prático), revela a intenção de realizar um diagnóstico da realidade e promover o aperfeiçoamento do conhecimento e transformar os processos para otimizá-los. Canever et al. (2013) apontam para um movimento que procura modificar a educação na área da saúde e, mais especificamente, da enfermagem. A oportunidade obtida pelos alunos de licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná em lecionar em uma das edições do curso, na forma de estágio para a disciplina de Prática de Docência no Universo Escolar, sob supervisão, reforça o intuito de promover a troca de experiências e a inovação de metodologias de ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou a experiência da implantação e implementação de um curso de capacitação em hemodiálise para enfermagem do nível médio profissional. O objetivo foi atendido, e foi possível investigar e descrever o histórico de elaboração do referido curso, as dificuldades encontradas, as estratégias de melhoria e de divulgação para atingir um público cada vez maior e a estruturação político-pedagógica, incluindo o plano

de aula, organização de material didático bem como organização e distribuição do corpo docente, e de métodos avaliativos.

Na formação profissional técnica, o Enfermeiro tem grande responsabilidade no ensino. A qualidade dos cursos técnicos em enfermagem, visto que seus alunos são a “linha de frente” em diversas situações a execução dos cuidados e, a segurança paciente é de responsabilidade dos Enfermeiros docentes. Portanto, para além das inovações das tecnologias do cuidado, é imprescindível promover o conhecimento crítico destes profissionais, bem como discutir como se dá essa educação, de forma a capacitar e empoderar a força de produção, e construir uma assistência digna para a população. Para tal, elaboração e execução de boas políticas públicas para formação de Enfermeiros docentes e para qualificação desses profissionais técnicos é fundamental se quisermos mudar a realidade da assistência prestada à população brasileira. Com a consolidação deste curso, é possível promover a qualificação dos profissionais técnicos de enfermagem e favorecendo melhoria da qualidade da assistência, primando sempre pela segurança do paciente, fundamentado nos processos educativos e transformadores.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Ana L. Q. *O contexto da educação continuada em enfermagem*. São Paulo: Lemar e Martinari, 2003.

CANEVER, Bruna P. et al. Tendências pedagógicas na produção do conhecimento em educação em enfermagem do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 6, p. 935-941, 2013.

LESSA, Sara. R. O. et al. Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise. *Texto & Contexto – enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018.

LIMA, Elaine C.; APPOLINÁRIO, Renata S. A educação profissionalizante em enfermagem no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 311-316, abr.-jun. 2011.

LOPES, Marcos V. de O. Sobre estudos de casos e relatos de experiências. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 4, 2012.

MATA, Luciana R. F.; MADEIRA, Anézia M. F. Análise da produção científica sobre educação profissionalizante da enfermagem brasileira: uma revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 424-433, 2010.

PEDUZZI, Marina; ANSELMI, Maria Luiza. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 4, p. 425-429, jul.-ago. 2004.

Perrenoud, Philippe. *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza: saberes e competências em uma profissão complexa*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

PRADO, Rosane A. et al. Desvelando o significado da avaliação no ensino por competência para enfermeiros educadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 112-121, jan.-mar. 2012.

SANT'ANNA, Suze R. et al. A influência das políticas de educação e saúde nos currículos dos cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 5, n. 3, p. 415-431, nov.2007/fev.2008.

SANTOS, José L. G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017.

SILVA, Gisele M. et al. Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 581-600, 2011.

<https://soben.org.br/historia-da-sociedade/>

ANEXO 1

AVALIAÇÃO PROCESSO ADMISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
NOME: _____	
DATA: _____	
1. Descreva o que você entende sobre Precaução Padrão.	6. Descreva os cuidados com Acesso Vascular Central e as alterações que podem ocorrer.
2. Cite os tipos de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), e sobre seu uso correto.	7. Descreva os cuidados com o paciente com Hipotensão.
3. Descreva os cuidados na administração de Hemocomponentes (Hemáceas).	8. Descreva os cuidados de enfermagem em Parada Cardio-Respiratória.
4. Descreva a técnica de uma Punção venosa periférica.	9. Quais os sinais que o paciente apresenta quando está com Bacteremia?
5. Quais os sinais de infiltração em um acesso venoso?	10. Prescrição Médica: Heparina 1.500 Unidades às 8 horas, injeção SC (subcutânea). Disponível na farmácia: Heparina 5.000 Unidades/ml. Qual a dose correta?

ANEXO 2

Atividades	Totalmente	Parcialmente	Com dificuldade	Observações (com assinatura do aluno)
Receber paciente				
Verificação de sinais vitais e peso				
Orienta/acompanha desinfecção FAV				
Manipulação adequada do cateter				
Instalação na máquina				
Heparinização				
Anotações enfermagem				
Montagem sistema para HD				
Desligamento sistema				
Curativo FAV/cateter no final da HD				
Controle durante a HD				
Reprocessamento de sistema/ priming				
Verificação de SV + peso ao término da sessão de HD				
Desinfecção sistema/final turno				
Apresentou-se no horário definido				
Atendeu às necessidades dos pacientes				
Apresentou postura adequada				
Apresentou-se com vestimentas adequadas ao tipo de trabalho				
Obedece princípios de controle de infecção				
Interage com colegas de trabalho				

Simone de Oliveira Paixão

Enfermeira, MSC em Educação, Gestão e Difusão de Biociências- IBqM/UFRJ
Especialista em Docência para o ensino superior - UCM
Professora auxiliar UNISUAM, professora Colégio curso Mova, Rio de Janeiro

Stefani Balbino Lima Lourenço

Enfermeira, especialista em educação, Coordenadora Geral do
Colégio curso Mova, Rio de Janeiro

RESUMO

A motivação para esse estudo, surgiu da observação de atitude que tornou-se cultural entre os alunos, a propagação do CTRL+C/ CTRL+V no ensino do técnico de enfermagem. A democratização da Internet possibilitou, ampliou e diversificou o acesso as fontes, em contrapartida, tornaram mais fácil a má conduta entre os estudantes tanto no ensino superior quanto no ensino médio. A apropriação de frases, palavras e até mesmo pensamentos de outros autores saiu dos campos científicos e hoje problematiza também o ambiente escolar, fazendo parte do cotidiano dos alunos e está presente em trabalhos, lições e outras atividades, cópias inteiras de outros trabalhos sem nenhuma indicação ou preocupação com a fonte original dos dados obtidos. OBJETIVOS - refletir sobre a prática da apropriação indevida de autoria por alunos de nível técnico na área de enfermagem. METODOLOGIA - O método utilizado foi uma revisão narrativa de literatura, com abordagem qualitativa, descritiva com busca na biblioteca online Scielo nos periódicos Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Escola Anna Nery e Revista Texto & Contexto - Enfermagem, foram estabelecidos como critérios de inclusão somente artigos publicados entre 2015 a 2017, em Português, completos, e que continham os descritores relacionados ao tema estudado no título ou no resumo. Foram selecionados 2 artigos que discutem a Educação Técnica em enfermagem, o uso das tecnologias atuais e as necessidades do discente no nível médio. CONCLUSÃO - Mediante a esta pesquisa constatamos que a desonestidade durante o processo de formação reflete negativamente no perfil do profissional a ser formado, bem como o conhecimento desenvolvido a ser colocado na prática profissional, além da presença do dilema ético e moral.

Descritores: Educação; Plágio; integridade Científica.

INTRODUÇÃO

A motivação para esse estudo, surgiu da observação de atitude que se tornou cultural entre os alunos, a propagação do CTRL+C/ CTRL+V no ensino do técnico de enfermagem. A democratização da Internet possibilitou, ampliou e diversificou o acesso as fontes, em contrapartida, tornaram mais fácil este tipo de conduta entre estudantes em todos os níveis de formação em formato padrão de normalidade.

A apropriação de frases, palavras e até mesmo pensamentos de outros autores saiu dos campos científicos e hoje problematiza também o ambiente escolar, fazendo parte do cotidiano dos alunos e está presente em trabalhos, lições e outras atividades, cópias inteiras de outros trabalhos sem nenhuma indicação ou preocupação com a fonte original dos dados obtidos.

Esta conduta inadequada pode estar relacionada a deficiências quanto à formação e conhecimento das normas para a escrita, bem como, a falta de clareza na solicitação da confecção dos trabalhos. Este artigo tem como objetivo fomentar sobre a prática da apropriação indevida de autoria por alunos de nível técnico com ênfase na área de enfermagem e desta forma, despertar a reflexão sobre os fatores que podem influenciar neste tipo de conduta inadequada quanto a cópia e a ética.

Segundo Goulart et al (2018), a integridade da pesquisa e do comportamento ético são críticos para a educação nas instituições. Esses aspectos são essenciais para a abordagem positiva quando os indivíduos estiverem trabalhando com pacientes.

A apropriação por parte do aluno quanto aos conceitos de moral, ética e bioética, é essencial para a discussão em torno de práticas como a cola, Ctrl+C e Ctrl+V, e o plágio. O esclarecimento para o aluno do ensino técnico se faz necessário para a compreensão da gravidade dos atos cometidos, sendo necessário desde sua formação inicial o hábito de construção própria textual.

Vale ressaltar a preocupação do Conselho Federal de Enfermagem com relação as más práticas na pesquisa, que ficam claras na Resolução 564/2017, que estabelece deveres e proibições para a área de pesquisa e desenvolvimento científico. Estando o profissional de enfermagem comprometido com os preceitos éticos legais e estando previsto no código de ética profissional a proibição as más práticas científicas, entendemos que desde a formação do profissional de enfermagem este deve agir dentro dos preceitos estabelecidos no código de ética profissional.

Este tema apesar de sua relevância e da discussão em torno do assunto plágio não é muito abordado com relação ao ensino técnico na área de enfermagem, porém, é de suma importância que seja fomentado também neste ambiente, entendendo que muitos desses alunos têm a intenção de ingressar no ensino superior, assim como podem ser estimulados para participar nas construções científicas de sua área de formação agregando o valor e o conhecimento prático dos profissionais de nível médio em sua prática laboral .

Considerando Marmitt et al (2013) os estudantes de Ensino Médio estão prestes a ingressar em cursos superiores, e terão a necessidade de desenvolver pesquisas nas normas acadêmicas, se já tiverem tido a oportunidade do conhecimento prático sobre a aplicação dessas normas, isto será um diferencial positivo durante o curso.

Na intenção de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa na enfermagem e na compreensão das esferas que giram em torno do tema plágio e seus desdobramentos no cotidiano dos alunos, docentes e profissionais da área de saúde desenvolvemos este estudo.

METODOLOGIA

O método utilizado foi uma revisão narrativa de literatura, com abordagem qualitativa, descritiva. Segundo Rother (2007), os artigos de revisão são uma forma de pesquisa que utilizam fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado assunto.

Foram utilizadas as palavras chaves: Educação, plágio e integridade a busca por artigos foi realizada na biblioteca Online Scielo, com a utilização de filtros para resumir a

amplitude do tema. A escolha da plataforma Scielo se deu considerando a abrangência desta biblioteca.

Foram estabelecidos critérios de inclusão:

- Artigos publicados no período de 2017 à 2019,
- Artigos em português e Inglês;
- Artigos publicados em revistas nacionais;
- Artigos que contenham no texto ou resumo as palavras chaves do desenvolvimento deste estudo;

Foram estabelecidos como critérios de exclusão:

- Artigos incompletos;
- Artigos em outras línguas;
- Artigos publicados em revistas internacionais;
- Artigos que não se referem as palavras chaves escolhidas;
- Artigos anteriores a 2017 e posteriores a 2019

Foram encontrados 08 artigos e utilizados para esta pesquisa somente 04 em acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados, estabeleceu-se 03 categorias para melhor entendimento da complexidade do tema proposto.

Seleção de artigos para gerar as categorias:

Categoria 1 - CONCEITOS: ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA.
O papel da ética e da integridade da pesquisa no treinamento dos profissionais de saúde e no desenvolvimento da pesquisa em seres humanos
Categoria 2 - INTEGRIDADE CIENTÍFICA E LEGISLAÇÃO;
Integridade científica e direitos autorais nos códigos de ética profissional
Integridade científica na educação de profissionais de saúde
Categoria 3 - CTRL C/ CTRL V – e a educação.
Desonestidade acadêmica: reflexos na formação ética dos profissionais de saúde

Fonte: os autores

Estes artigos discutem a Educação em saúde e integridade na pesquisa e o plágio na educação

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado foram selecionados 4 artigos que analisam a integridade científica, o plágio e a má conduta no âmbito da educação na área da saúde, destacam ainda os conceitos de ética, pesquisa, moral e o comportamento dos discentes, abordam também as questões relacionadas a legislação, direitos autorais e os códigos de deontologia das profissões.

TÍTULO	AUTOR	ANO	REVISTA	RESUMO
Integridade científica na educação de profissionais de saúde	BARBOSA, QF; RODRIGUES, CS; NOVAIS, MRCG.		Revista Bioética	Esta pesquisa foi motivada pela carência de artigos brasileiros que relacionem a promoção da integridade científica à formação dos profissionais de saúde por meio da análise de diretrizes curriculares e códigos de ética profissional

Integridade científica e direitos autorais nos códigos de ética profissional	BARBOSA, QF; RODRIGUES, CS; GUILLEM, DB.		Revista Bioética	O objetivo deste estudo foi analisar a observância da regulamentação brasileira e internacional sobre integridade científica e direitos autorais descrita nos códigos de ética profissional.
O papel da ética e da integridade da pesquisa no treinamento dos profissionais de saúde e no desenvolvimento da pesquisa em seres humanos	GOULART, BNG; LEVEY, S; RECH. RS.		Revista CEFAC	Este artigo apresenta uma revisão de questões relacionadas à integridade e ética da pesquisa. Os componentes da integridade da pesquisa e do comportamento ético são críticos para a educação nas instituições.
Desonestidade acadêmica: reflexos na formação ética dos profissionais de saúde	SOUSA, RN; CONTI, VK; SALLES, AA; et al		Revista Bioética	Em vista do elevado grau tecnológico da atualidade, precisa-se continuamente discutir e revisar a temática da ética no ambiente acadêmico. As ferramentas tecnológicas não recriaram o padrão ético, mas passaram a oferecer alternativas aos alunos, facilitando práticas como “cola”, plágio e falsificações, o que tornou ainda mais complexo o desafio da instituição de ensino.

Fonte: os autores.

CONCEITOS: ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA

Com o objetivo de estimular a reflexão sobre ética em saúde e mais especificamente sobre a ética na educação e na pesquisa precisamos primeiro fazer uma aproximação com os conceitos de moral, ética e deontologia, e para entrarmos mais especificamente no assunto educação e saúde, precisamos do conceito de bioética.

Tais conceitos possuem diversas interpretações sempre em acordo com os autores acompanhados das questões culturais e legais de cada lugar e de cada época. Tematizando um pouco sobre as questões relacionadas a influência na interpretação de princípios éticos podemos citar o pensamento de Georgen (2019), a educação vivência um cenário surpreendente em que o homem hoje deixa de ser espelho para seu próprio desenvolvimento educativo, onde já não é mais importante saber o que fomos ou o que desejamos ser, mais atender as conveniências e expectativas de um mercado econômico dominante na sociedade atual.

Etimologicamente as palavras ética e moral são distintas. A palavra ética provém de *éthos* – que significa comportamento, costumes, hábito, caráter, *modo* de ser de uma pessoa, enquanto a palavra moral, que deriva do latim *mos*, (plural *mores*), se refere a costumes, normas e leis (WEIL, 2012).

Segundo Pedro (2014), ética e moral são termos que se complementam. Onde a ética depende do entendimento da moral, uma não existindo sem a outra, mesmo independentes entre si.

Neste cenário de grandes realizações tecnológicas que geram modificações nos conceitos culturais e éticos da geração atual na área de saúde torna-se indispensável a compreensão dos princípios da bioética. A bioética hoje está em um amplo campo de conhecimento e debate, é assunto fomentado por diversos pesquisadores e de fundamental

relevância nos estudos relacionados a educação e a prática da pesquisa na área de saúde. Apesar de estarmos com esta pesquisa voltada para o ensino técnico é importante que se promova essa discussão também neste domínio.

Segundo Russo (2014), A bioética é a comunhão de conceitos reflexivos das questões éticas e morais que surgem na atenção à saúde, nas ciências da saúde e nas políticas para saúde. Tais fatores influenciam as discussões em sala de aula e na mídia e deveriam incitar que pesquisadores e discentes a respeitem o compromisso com a divulgação científica, assim como todo o seu processo de produção.

A divulgação e solicitação da utilização de normas básicas para a elaboração de trabalhos, pesquisas e seminários já no ensino médio devem ser estimuladas e com inserção desta ênfase em desenvolvimento para o processo ensino e aprendizagem da formação técnica em enfermagem no plano de curso. A criatividade, ética e integridade nas práticas de pesquisa são essenciais e vem sendo abordadas, trata-se de um tema recorrente nas agendas das políticas científicas dos principais centros de pesquisa.

Segundo Marmitt et al (2013), a pesquisa acadêmica organizada contribui para a avaliação do trabalho realizado, resultando em uma capacidade reflexiva, onde o aluno construirá seu conhecimento científico aperfeiçoando a leitura tendo como baseos procedimentos metodológicos do cotidiano acadêmico.

INTEGRIDADE CIENTÍFICA E LEGISLAÇÃO

Considerando os princípios da moral, ética e bioética a integridade em pesquisa está estreitamente baseada nos conceitos dessas disciplinas sendo cumprida quando da execução desses princípios. Para tal, a elaboração de códigos nacionais e internacionais que digam respeito as normas para execução de pesquisas e divulgação de resultados é fundamental.

Segundo Barbosa et al (2019), tem crescido a preocupação quanto da formação ética em saúde, a autora também incita a discussão em torno do conceito de educação em saúde levando a reflexão quanto a ir além do domínio técnico e científico, mas abrangendo também os domínios social e a ética na prática da pesquisa.

A globalização através das inúmeras facilidades e tecnologias atuais também facilitaram na divulgação científica, bem como na prática da pesquisa o que facilitou também as fraudes, plágios e cópias. Essas práticas têm ocorrido com frequência a ponto banalizando a desonestidade acadêmica (BARBOSA et al, 2019).

No estudo realizado por Barbosa et al (2019), em cujo os autores realizam uma análise das diretrizes curriculares de diversos cursos na área da saúde e um estudo dos respectivos códigos de ética profissional, observou-se a necessidade de implementar orientações já estabelecidas para inibir a fraude acadêmica, executando com rigor as normas já existentes de forma a se estender ao âmbito profissional.

Ressaltar a importância do estímulo desde a formação da integridade científica estimulando a autonomia do estudante bem como o pensamento reflexivo e responsável, visando aproximar da formação padrão, mais a elaboração do trabalho científico estará colaborando para a formação do aluno (MARMITT et al, 2013).

Segundo Novaes et al (2018), em análise realizada dos códigos de ética de diversas profissões na área da saúde, entre elas, medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia entre outras, existem referências a ética em pesquisa. O que demonstra a preocupação com os processos relacionados a autoria, relacionadas a segurança dos participantes das pesquisas.

Destacando o código de ética dos profissionais de enfermagem, quanto ao ensino, pesquisa e da produção técnico científico este demonstra essa preocupação nos artigos:

Art. 86 - Realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais.

Art. 87 - Ter conhecimento acerca do ensino e da pesquisa a serem desenvolvidos com as pessoas sob sua responsabilidade profissional ou em seu local de trabalho.

Art. 88 - Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica. (COFEN, Resolução 564, 2017)

Destacamos ainda os artigos que se referem as responsabilidades e deveres:

Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. (COFEN, Resolução 564, 2017)

Estando proibido aos profissionais da enfermagem as seguintes ações em pesquisa:

Art. 97 - Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados.

Art. 99 - Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de co-autores e colaboradores.

Art. 100 - Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas. (COFEN, Resolução 564, 2017)

Fica expressa a preocupação com a participação dos profissionais de enfermagem em pesquisas e em contribuições científicas. É imperioso que desde a formação do profissional esses princípios e determinações expressas nos códigos de deontologia sejam cobrados e verificados de forma a contribuir para a qualificação de profissionais comprometidos com a ética.

CTRLC/ CTRL V E A EDUCAÇÃO

A tecnologia atual criou um novo padrão para pesquisa, facilitando o acesso as bases de dados e bibliotecas virtuais, a revistas internacionais e a uma gama de informações disponíveis nas plataformas digitais muitas com informações sem autoria e a trabalhos sem comprovação de fontes.

Essas tecnologias digitais atuais não possuem relação com os padrões morais e éticos para a realização de pesquisas, porém oferecem ao aluno mal orientado, meios que facilitam a prática de condutas inadequadas para pesquisa.

Segundo Sousa et al (2016), as ferramentas digitais facilitam as práticas como “cola”, plágio e falsificações, estabelecendo um desafio para as instituições de ensino. A autora ressalta ainda o prejuízo que essas fraudes podem representar para a sociedade e para os futuros profissionais.

Outro destaque para o artigo citado é que a prática de ações desonestas na educação não se encerra na escola e acaba avançando para as demais etapas acadêmicas do futuro profissional resultando em ações antiéticas repercutindo para o desequilíbrio social (SOUSA et al, 2016).

Não existe um conceito único para essas práticas desonestas na educação, elas estão relacionadas desde a falta de conhecimento acerca da gravidade de suas

consequências para o aluno e para a sociedade, como para falta de orientação e conhecimento de prática de produção textual e científica.

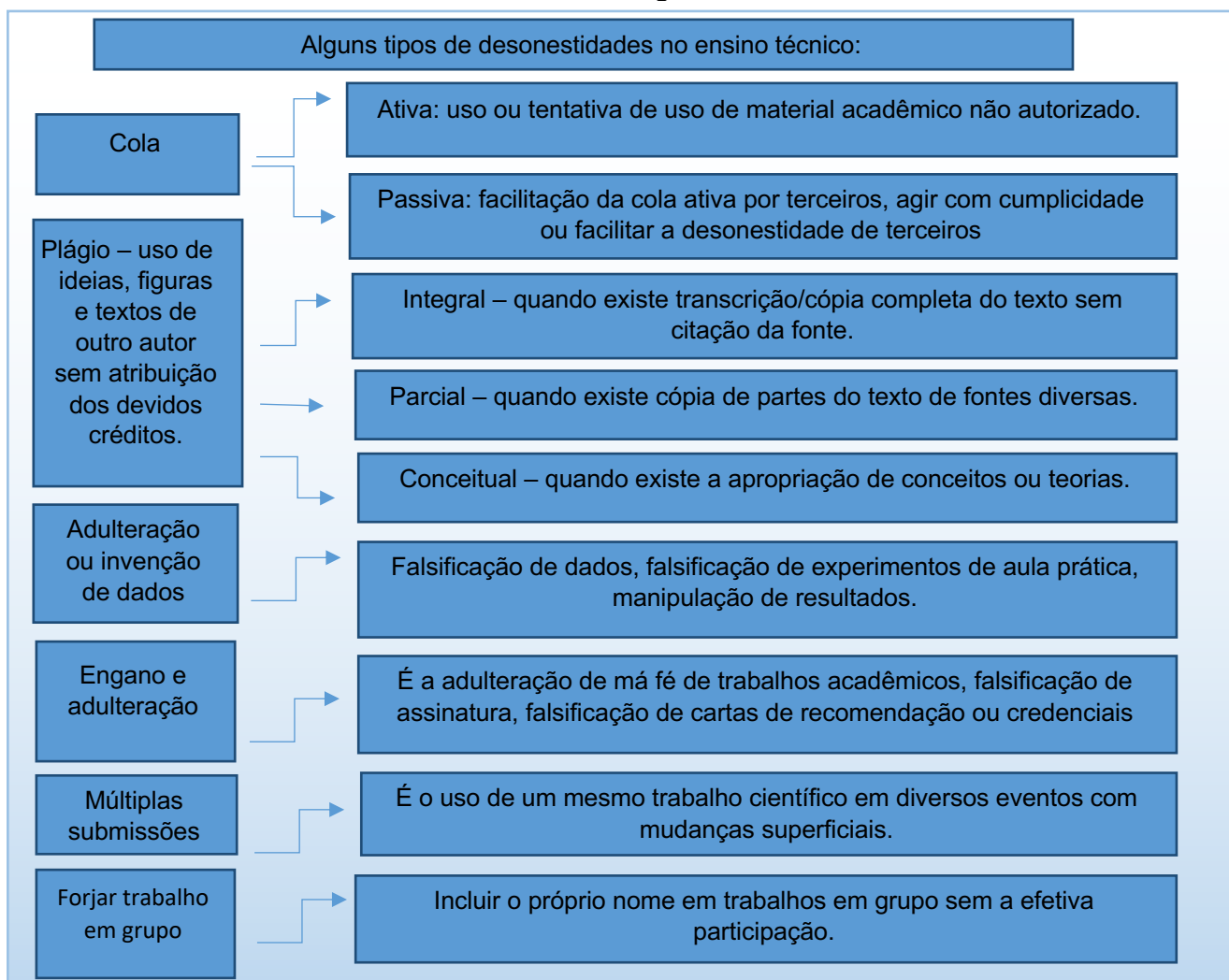
O plágio e a cola devem ser compreendidos nas esferas éticas, pedagógica e institucional. De acordo com Sousa et al (2016), a cultura da cola infelizmente parece institucionalizada, no ambiente estudantil, tratando-se de um costume aceito, compartilhado com a certeza da falta de punição e sem desenvolvimento reflexivo para ação.

Segundo Abrantes (2008), É necessário que se busque entender melhor a situação do plágio escolar a partir do quadro sócio-educacional em que nos encontramos atualmente. O autor destaca ainda a atualidade em que está geração de jovens vivência, onde a tecnologia não é mais uma novidade e onde eles se movimentam com habilidades e facilidade.

A aproximação entre a habilidade e a facilidade com os processos tecnológicos e a aparente falta de consequências quanto a prática desses tipos de “cola” permitem a sua rápida assimilação sem questionamentos.

Segundo Lemos (2002), a cibercultura é uma junção entre a sociedade, a cultura e as novas tecnologias o que determina para atual geração conceitos ampliados de novas formas de relacionamentos sociais. Embasados nesse pensamento podemos concluir que esses novos alunos necessitam de novas formas de direcionar o ensino.

Na intenção de esclarecer as diferenças entre algumas das desonestidades no âmbito escolar mais comuns, destacamos no gráfico abaixo:



Fonte: baseado em Souza et al (2016).

É necessário estabelecer uma correlação entre a desonestidade no âmbito da escola técnica e a vida profissional do discente, a execução atos desonestos tendem a se reproduzir no futuro profissional. Ainda segundo Sousa et al (2016), a cultura brasileira permite em certos aspectos a banalização dessas condutas.

CONCLUSÃO

Constatamos que a desonestidade durante o processo de formação reflete negativamente no perfil do profissional a ser formado, bem como o conhecimento desenvolvido a ser colocado na prática profissional, além da presença do dilema ético e moral.

Se faz necessário fomentar a discussão sobre as questões relativas à desonestidade no âmbito escolar. Usualmente se discute ética apenas no contexto da disciplina específica sem a correlação com as questões relacionadas a pesquisa, integridade científica, a ênfase está na área da enfermagem para o ensino técnico a intervenções polêmicas, como a eutanásia, o aborto, os transplantes de órgãos, mostrando os deslizes e punições do dia.

Durante o desenvolvimento desse estudo percebemos que somente o conhecimento das relações conceituais em ética não parece ser suficiente para que o discente incorpore esses princípios como um complemento importante para a sua formação e futuro profissional é necessário correlacionar com as ações nas disciplinas teóricas e práticas, assim como na vivência prática no campo de estágio.

A Cultura em torno da cola, como um padrão a ser seguido precisa ser desfeito e para isto, é necessário que os próprios docentes estabeleçam regras básicas que respeitem as normas acadêmicas para a apresentação de trabalhos e pesquisas, com o objetivo de facilitar a compreensão quanto ao que são más condutas acadêmicas, assim como os próprios docentes em seus materiais que disponibilizam aos discentes devem respeitar gerando ao aluno mais um modelo para exemplificar as normas.

É necessário que as instituições de ensino técnico na área de enfermagem criem um ambiente que desencoraje o plágio, que fomentem a discussão em torno dos processos de pesquisa, e da cultura do “copiar colar”, que estimule a criatividade e encoraje a honestidade ainda no âmbito escolar e a reflexão em torno da responsabilidade do futuro profissional, bem como o estímulo ao pensamento crítico. A instituição de ensino, bem como os docentes devem instituir medidas para desestimular más condutas, correndo o risco de ao não desencorajar tais práticas, o aluno transfira para a vida profissional futura a execução das mesmas práticas, implicando em prejuízo para a sociedade.

Este estudo não pretende esgotar este assunto, mas fomentar mais as questões que envolvem a má conduta banalizada ainda nas salas de aulas do ensino técnico, com destaque para o ensino ao técnico de enfermagem para que se solidifiquem as boas práticas, não só na pesquisa, mas como uma extensão para a vida profissional deste aluno.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES S. O Que Fazer Quando Eu Recebo Um Trabalho Ctrl C + CtrlV ?Autoria , Pirataria E Plágio Na Era Digital : Desafios. In: 2o Simpósio hipertexto e tecnologias na educação - multiplicidade e ensino. 2008.

BARBOSA et al, Integridade científica na educação de profissionais de saúde, Rev. Bioét. vol.27 no.1 Brasília Jan./Mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271294>. Acesso em 20/08/2019.

BARBOSA et al, Integridade científica e direitos autorais nos códigos de ética profissional. Rev. Bioét. vol.26 no.3 Brasília Oct./Dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263258>. Acesso em: 20/08/2019.

COFEN, Código de ética dos profissionais de enfermagem, Resolução 564/2017.

DUARTE CG, et al. Moral suffering among nurse educators of technical courses in nursing. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):301–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200301&lng=en&tlng=en

GÓES F DOS SN DE, CÔRREA AK, CAMARGO RAA DE, HARA CYN. Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015;68(1):20–5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

LEMOS, André Cibercultura. Alguns pontos para compreender a nossa época. In: LEMOS, André; CUNHA, Paulo. Olhares sobre a cibercultura. Porto Alegre: Sulina, 2003.

MARMITT, DJ; et al. Aspectos da interação entre bolsistas do pibid com alunos de ensino médio em oficina sobre trabalhos acadêmicos. Caderno pedagógico, Lajeado, v. 10, n. 1, p. 97-108, 2013. ISSN 1983-0882

PEDRO, AP. Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum, Kriterion vol.55 no.130 Belo Horizonte Dec. 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-512X2014000200002>. Acesso em: 25/11/2019.

RUSSO M. Ética e integridade na ciência: da responsabilidade do cientista à responsabilidade coletiva. Estudos Avançados. 2014; 28 (80): 189-98.

ROTHER, ET; Revisão sistemática X revisão narrativa Acta Paulista de Enfermagem, vol. 20, núm. 2, abril-junio, 2007, pp. v-vi Escola Paulista de Enfermagem São Paulo, Brasil

SOUSA RN, et al. Desonestidade acadêmica: reflexos na formação ética dos profissionais da saúde. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 13 fev 2019];24(3):459-68. Disponível: <https://bit.ly/2tgt9Mj>

WEIL, E. "Morale" [Online]. Disponível em: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/morale/ressources/> (Acessado em 28 de novembro de 2019).




epilaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-07-6



TBI

9 786587 809076