



Faculdades de Enfermagem e
de Medicina Nova Esperança
De olho no futuro

ISSN 2317-7160

Revista de Ciências da Saúde

Nova Esperança

n.2, v.13, Dez. 2015

SUMÁRIO

ORIGINAL

1. CONHECIMENTO DE HOMENS ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA, 4-10

(Luciene de Souza Ribeiro, Juliana Almeida Marques Lubenow, Paulo Emanuel Silva, Aline de Alcântara Correia)

2. TOQUE DIGITAL PROSTÁTICO: CONHECIMENTO E RESISTÊNCIA MASCULINA NA TERCEIRA IDADE, 11-23

(Adriana Lira Rufino de Lucena, Diana da Cruz Ferreira, Fabiana Ferraz Queiroga de Freitas, Soraya Saryta da Silva, Suellen Duarte de Oliveira Matos)

3. ALTERAÇÕES ISQUÊMICAS NO ELETROCARDIOGRAMA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CORONARIANA EM PACIENTES COM DOR TORÁCICA, 24-32

(Valéria Siqueira de Carvalho Bessaria, Alysson Costa da Nóbrega, Daniele Kelle Lopes de Araújo, George Robson Ibiapina, Waléria Viana Ibiapina)

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 33-41

(Aline de Alcântara Correia, Fabiana Correia Freires, Adriana Lira Rufino de Lucena)

5. SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: AVALIAÇÃO DO PERFIL SEXUAL DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS, 42-50

(Ludmila Barbosa Oliveira, Rodrigo Vergetti Baía, Anna Raquel Temoteo Delgado, Kay Francis Leal Vieira, Adriana Lira Rufino de Lucena)

6. IDOSOS COMUNITÁRIOS: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, 51-59

(Ryanne Pinheiro Monteiro, Luís Renato Cardozo Custel da Silva, Clarissa Leite de Menezes Ferraz Gomes, Adriana Lira Rufino de Lucena, Kay Francis Leal Vieira)

7. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA, 60-65

(Juarez Silvestre Neto, Camila Regina Medeiros Bezerra, Nathalia Palitot Fernandes, Raylanne Marcelino de Medeiros, Samara Alves Miranda de Sá, Danielle Serafim Pinto)

8. INICIAÇÃO SEXUAL DE ADOLESCENTES E CONHECIMENTO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, 66-76

(Raquel Nascimento de Oliveira, Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino, Paulo Emanuel Silva, Vagna Cristina Leite da Silva)

RELATO DE CASO

9. HEPATECTOMIA MAIS ANASTOMOSE COLEDOCODUODENAL EM LITÍASE INTRA-HEPÁTICA E EM COLÉDOCO: RELATO DE CASO, 77-82

(Matheus Dantas Gomes Gonçalves, Thalles Ramon Azevedo Macedo, Carlos Eduardo Guedine Júnior, Paulo Jose Haiek Araujo, Zailton Bezerra de Lima Júnior, Marcelo Gonçalves Sousa)

RELATO DE EXPERIÊNCIA

10. EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DO PROJETO “PREVENÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS BACTERIANAS E PARASITÓSES”, 83-87

(Ana Karina Holanda Leite Maia, Clélia de Alencar Xavier Mota, Juliana Maria da Silva, Kaique Ferreira Costa de Almeida, Nara Percília da Silva Sena, Tharsila Guimarães dos Anjos Ferreira)

11. PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA ATRAVÉS DE OFICINAS TEMÁTICAS, 88-93

(Isabella Ramos Andrade Barreto Coutinho, Jucyleia Oliveira Marques, José Victor Magalhães Santos, Danielle Serafim Pinto, Weruskha Abrantes Soares Barbosa)

12. IMPORTÂNCIA DE AÇÕES EDUCATIVAS ENVOLVIDAS COM A RECICLAGEM DENTRO DO CAMPO DA SAÚDE, 94-98

(Fernanda Patrícia Jeronymo Pinto, Pedro Victor Menezes Alves, Vinicius Pedro Lira de Andrade, Wagner Wanderley Costa, Waléria Bastos de A. G. Nogueira, Kelly Samara de Lira Mota)

13. USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR INDIVÍDUOS DA COMUNIDADE DO VALENTINA-PB, 99-105

(Lauanne Sátiro Marcelino Wanderley, Larissa Virgínia Lins Alencar Silva, Larissa Medeiros Cezar, Fernanda Oliveira Carvalho Dias, Pryscyla Kelly Santos Galdino, Iara Medeiros de Araújo)

14. SAÚDE DA MULHER NA RODA: PROJETO DE EXTENSÃO DIALOGA SOBRE PREVENÇÃO NA COMUNIDADE, 106-112

(Jaqueline Maria Balbino Maropo, Duane Pereira Santana, Valdenor Ferreira de Oliveira Filho, Carmem Verônica Barbosa Almeida, Iara Medeiros de Araújo)

CONHECIMENTO DE HOMENS ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Luciene de Souza Ribeiro¹
Juliana Almeida Marques Lubenow²
Paulo Emanuel Silva³
Aline de Alcântara Correia⁴

RESUMO

O câncer de próstata é considerado um problema de saúde pública no Brasil. Com os exames de Antígeno Prostático Específico (PSA) e o toque retal, é possível diagnosticar a doença precocemente. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa com objetivo de verificar o conhecimento dos homens acerca da prevenção do câncer de próstata. A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2014, por meio de entrevista, utilizando instrumento em forma de roteiro com questões norteadoras. Os dados coletados foram compilados em um banco eletrônico no programa Excel for Windows, para posterior discussão e análise à luz da fundamentação teórica pertinente ao tema. A maioria dos homens entrevistados possuía mais de 60 anos de idade e baixo nível socioeconômico e de escolaridade. A maioria relatou não ter realizado os exames por vários motivos, como preconceito, medo e falta de tempo. Já os que haviam realizado os exames preventivos sabiam da importância da sua realização anualmente. Todos os entrevistados já tinham ouvido falar sobre câncer de próstata. Conclui-se que a prevenção do câncer de próstata precisa ser melhor esclarecida para a população masculina, em especial, para que se rompam preconceitos sobre os exames preventivos.

Palavras-chave: Câncer de próstata. Conhecimento. Prevenção. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é uma patologia de evolução demorada, cuja história natural é pouco conhecida e que atinge em maior quantidade os homens com idade acima de 50 anos¹. Ocorre um aumento da incidência do câncer de próstata antes dos 60 anos de idade por fatores hereditários. A existência de um antepassado com câncer de próstata supõe um risco duas vezes superior ao da população em geral. Os sintomas mais comuns relacionados ao câncer de próstata são: hematúria e poliúria à noite; jato urinário fraco; dor ou queimação ao urinar².

O câncer de próstata é o segundo em incidência no mundo e a quinta causa de mortalidade por tumores malignos entre os homens, à exceção do câncer de pele não melanoma. No Brasil, o câncer de próstata atinge todos os anos no país cerca

¹ Aluna da graduação de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. João Pessoa – PB.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Rua: Airton Martins da Silva, 23 – Castelo Branco. CEP: 58050-100. João Pessoa – PB. Tel: (83) 9655-6616. E-mail: julianalmeidamarques@hotmail.com

³ Enfermeiro. Mestre em Ciência das Religiões. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. João Pessoa – PB.

⁴ Enfermeira. Mestre em Modelos de Decisão e Saúde. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. João Pessoa – PB.

de 60 mil pessoas. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer de Próstata (INCA), em 2014 serão mais de 12 mil mortes em decorrência da doença³.

O objetivo da realização do toque retal é verificar as características gerais da próstata do indivíduo. Já o exame de Antígeno Prostático Específico (PSA), por sua vez, identifica os níveis de glicoproteína originária da próstata na corrente sanguínea, portanto, representa um importante marcador biológico na identificação desse tipo de câncer⁴.

O homem resiste em realizar o exame de toque retal por preconceito, mas também, por falta de informação. Por isso, acredita-se que o conhecimento sobre a importância desse exame possa sensibilizar os homens a realizá-lo e a repeti-lo sem restrição. O problema talvez não seja somente cultural ou psicológico, mas apenas o medo de sentir dor⁵.

Diante da problemática relacionada à dificuldade de adesão dos homens em realizar os exames preventivos do câncer de próstata e da sua incidência elevada, esse trabalho teve como objetivo verificar o conhecimento de homens sobre a prevenção do câncer de próstata.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado no Núcleo de Acolhida Especial (NAE), localizada em João Pessoa-PB. A entidade recebe pessoas que vêm do interior da Paraíba para tratamento de baixa e alta complexidade em hospitais de João Pessoa.

A amostra foi constituída por 30 homens que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ter acima de 35 anos de idade, estar cadastrados no NAE e concordarem em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE).

A coleta de dados foi realizada através de entrevista por meio de um instrumento pré-estabelecido em forma de formulário, sendo constituído por questões relacionadas às características sociodemográficas e ao conhecimento sobre o câncer de próstata e suas formas de prevenção e detecção precoce. Os dados coletados foram compilados em um banco eletrônico no programa Excel for Windows, sendo discutidos e analisados à luz da fundamentação teórica pertinente ao tema. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) mediante CAAE: 27074014.30000.5179.

Dessa forma, a coleta de dados aconteceu durante os meses de fevereiro a março de 2014, em dias úteis, no turno da tarde, da seguinte forma: os homens foram abordados durante as atividades de lazer no núcleo e esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e à importância da sua participação; foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e ao concordar em participar da pesquisa e assinar o TCLE, as entrevistas foram iniciadas. Houve um cuidado prévio por parte da pesquisadora em realizar as entrevistas em um ambiente reservado e de forma individual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados no total 30 homens atendidos no Núcleo de Acolhida Especial. Em torno de 36,7 % possuíam mais de 60 anos de idade. Aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo surgem em homens com 65 anos ou mais, por isso o câncer de próstata é considerado o câncer da

terceira idade. No caso de filhos com pais que têm ou tiveram câncer, a idade também influencia, pois tem que haver um rastreamento mais cedo⁶.

Quanto à escolaridade, 46% apresentavam o primeiro grau incompleto. Medo e vergonha são barreiras para a realização do exame digital do reto, e essas manifestações psicológicas estão associadas à desinformação e baixa escolaridade⁷.

Já em relação à renda familiar, 84% dos sujeitos entrevistados relataram que recebem até um salário mínimo. Com o aumento da expectativa de vida, doenças como o câncer de próstata, que podem surgir com o envelhecimento, vêm se destacando cada vez mais, não somente como um problema de saúde pública, mas pelo impacto socioeconômico sobre a população⁸.

Nesse estudo, 30% dos participantes eram casados. Os homens casados costumam procurar o médico para rastreamento de doenças devido ao incentivo do seu cônjuge. Além disso, em nossa sociedade, o cuidado é função das mulheres que são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por esse papel⁹⁻¹⁰.

Todos os homens entrevistados relataram nunca terem tido câncer de próstata (Tabela 1). Devido a uma parcela deles (20%) nunca terem realizado os exames preventivos ou feito um rastreamento, e ainda terem pais que tiveram câncer de próstata, esses homens são considerados de risco para o desenvolvimento da doença. Neste contexto, considera-se mais especificamente que pai ou irmão com história de câncer de próstata antes dos 60 anos de idade pode aumentar o risco de desenvolver a doença de 3 a 10 vezes em relação à população em geral¹¹.

Tabela 1 - Conhecimento sobre a prevenção do câncer de próstata (n=30). João Pessoa-PB, 2014.

	SIM		NÃO	
	f	%	f	%
O senhor tem câncer de próstata?	-	-	30	100
Tem alguém na família com câncer de próstata?	6	20	24	80
O senhor já ouviu falar sobre o câncer de próstata?	30	100	-	-
O senhor sabia que o câncer de próstata pode matar?	27	90	3	10
O senhor sabe como prevenir o câncer de próstata?	18	60	12	40
Você sabe quais são os principais sintomas do câncer de próstata?	12	40	18	60
O senhor já fez a coleta de sangue para “prevenção” (PSA) do câncer de próstata?	24	80	6	20
O senhor já realizou o exame de toque retal?	14	47	16	53
O senhor faria o exame de toque retal?	28	53	2	7
TOTAL	30	100	30	100

Fonte: pesquisa direta.

Todos os sujeitos entrevistados já ouviram falar do câncer de próstata por meio de familiares, amigos e palestras; 80% já realizaram a coleta de PSA; e, 47% já fizeram o exame de toque retal, relatando não ter nenhum problema em refazê-lo. A realização dos exames preventivos é a única forma de diagnosticar o câncer em seu estágio inicial, quando ele ainda é curável¹².

Foi constatado que 90% dos entrevistados sabiam que o câncer pode matar. Em 2010, foram esperados 236.240 casos novos de câncer para o sexo masculino e estimam-se que os tumores mais incidentes entre os homens estejam relacionados ao câncer de pele não melanoma (53mil casos novos), seguido pelos tumores de próstata (52 mil)¹³. Esse tipo de câncer é o segundo maior causador de morte no Brasil e estimam-se que 400 mil pessoas com mais de 45 anos tenham a doença e que a maioria não tenha conhecimento disso. Anualmente, são diagnosticados 35 mil casos, com oito mil óbitos¹⁴.

O estudo apontou que 60% dos entrevistados afirmaram ter conhecimento sobre a prevenção, no entanto, não sabiam explicar os métodos de prevenção e os exames de detecção precoce, que são a coleta do PSA e o exame de toque retal. Em uso clínico desde 1986, o PSA é o marcador tumoral mais frequentemente utilizado, tendo importante papel no diagnóstico precoce deste câncer, reduzindo a morbidade e mortalidade¹⁵.

Quarenta por cento demonstraram que sabiam quais eram os sintomas da doença, o que demonstra escassez de informações. Os homens consideram a unidade básica de saúde como local destinado a mulheres e crianças¹⁶. Diante disso, foi implantado no Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo que essa parcela da população tenha um espaço dentro das políticas de prevenção e promoção à saúde⁹.

Entre os entrevistados, 40% afirmaram que os sintomas do câncer de próstata são dor e dificuldade para urinar. Em determinados casos, ao decorrer do tempo, alguns pacientes podem apresentar algumas características relacionadas ao desenvolvimento do tumor, como: obstrução uretral, hematúria, poliúria, perda de peso e anemia¹⁷.

Vale ressaltar que 80% dos homens somente realizaram a coleta de PSA por orientação médica, por já se tratarem de outro tipo de câncer. Quarenta e sete por cento realizaram o toque retal, pela mesma razão. Os que não realizaram, alegaram os seguintes motivos, como: falta de tempo e de conhecimento, irresponsabilidade, preconceito, medo, falta de procura pelo médico, e por achar que não estavam com a idade adequada. Ainda em relação à realização do exame de toque retal, 53% afirmaram que fariam esse exame. Muitos homens temem apresentar ereção durante o exame¹⁰.

Vinte por cento são fumantes. O tabagismo é abordado em grande proporção nas campanhas de promoção de saúde, pois seu uso está sujeito exclusivamente à escolha de seus consumidores, sabendo que os hábitos são difíceis de mudar. Saber como modificar e realmente fazê-lo são duas qualidades distintas. Apesar dos inúmeros estudos científicos divulgados pela mídia e de avisos do Ministério da Saúde contidos nas embalagens, milhões de brasileiros continuam a acender o cigarro todos os dias¹⁸.

Dentre os participantes, 50% revelaram que praticam exercício físico. A sua prática pode ajudar na prevenção do câncer de próstata. Recomenda-se atividade moderada por trinta minutos quatro vezes por semana, buscando-se atingir o peso ideal para a altura¹⁹.

Em torno de oito por cento relataram consumir frutas, e 6,9%, vegetais. O consumo desses alimentos é considerado um dos meios de prevenção contra o câncer de próstata. Destaca-se ainda uma dieta rica em verduras, legumes, vegetais ricos em carotenoides (por exemplo, tomate e cenoura), grãos, cereais integrais, e pobres em gordura, principalmente as de origem animal¹³.

Quase oito por cento consumiam carne vermelha; 7,8%, frituras; 6%, enlatados; e, 5,4% consumiam salsicha, linguiça e presunto. Esses hábitos alimentares citados são considerados um dos grandes agravos para o câncer de próstata. Pesquisas realizadas em vários países e no Brasil demonstram que o consumo exagerado de carne vermelha e gorduras pode causar esse tipo de câncer. Acredita-se que cerca de 35% dos diversos tipos de câncer ocorrem em razão de dietas inadequadas²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se trata de câncer de próstata, sabe-se que existe um tabu em falar do assunto, principalmente quanto à realização do exame de toque retal. Isso contribui para que a doença seja diagnosticada tardiamente, quando o tumor já está em fase avançada e de difícil remissão. A maioria dos homens entrevistados relatou não ter feito nenhum exame para diagnóstico precoce da doença, devido à falta de conhecimento e a um sentimento relacionado à ameaça à masculinidade. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, têm o papel fundamental de orientar os homens sobre a necessidade de realizar os exames preventivos, de forma que sejam sensibilizados quanto às vantagens da detecção precoce da doença e que se rompam preconceitos, especialmente quanto ao toque retal.

KNOWLEDGE OF MEN ABOUT PROSTATE CANCER PREVENTION

ABSTRACT

Prostate cancer is considered a public health problem in Brazil. With Prostate-Specific Antigen (PSA) and digital rectal examination is possible to diagnose the disease early. This is a descriptive study with a quantitative approach. It aimed to evaluate the knowledge of men about the prevention of prostate cancer. Data collection was conducted in February and March 2014, through interviews, using tool-shaped script with leading questions. The collected data were compiled in an electronic database in Excel for Windows, for further discussion and analysis using theoretical background about the subject. Most of the men interviewed were over 60 years old with low socioeconomic and educational level. Most of them reported not having performed the tests for several reasons, such as prejudice, fear and lack of time. All of them who had performed preventive exams knew the importance of their implementation annually. All respondents had heard about prostate cancer. It is concluded that prevention of prostate cancer needs to be clarified for people, especially, for male population, to break prejudices about preventive exams.

Keywords: Prostate cancer. Knowledge. Prevention. Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Amorim VMSL et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *CadSaudePubl*.2011;27(2):347-56.
2. Ribeiro AM, Oparacz V, Culibaba MM. O Papel do Enfermeiro com Pacientes Portadores do Câncer de Próstata. Curitiba – Paraná, 2006.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de próstata [homepage na Internet]. c1996-2014 [acesso em: 2013 nov 22]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>
4. Greene KL et al. Prostate Specific Antigen BestPractice Statement: 2009 update. *The Journal of Urology*.2009;182(5):2232-41.
5. Maia KO, Moreira SH, Filipini SM. Conhecimento e dificuldade em relação à prevenção do câncer de próstata na ótica dos homens de meia idade. In: Anais do 13º Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 9º Encontro Latino Americano de Pós-Graduação: ciência e ética, o paradigma do século XXI; 2009 out 16-17; São José dos Campos, Brasil [Internet]. São Paulo: UNIVAP; 2009 [acesso em:2009 set 10]. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0132_0028_01.pdf.
6. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas de Incidência de Câncer para o ano de 2012. [homepage na Internet]. c1996-2014 [acesso em: 2013 mai 05]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
7. Naccarato AM et al. Barriers to prostatecancer screening:psychological aspects and descriptive variables: is there a correlation? *Aging Male*. 2011;14(1): 66-71.
8. Dini LI, Koff WJ. Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre. *RevAssocMed Bras*. 2006; 52(1).
9. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Gomes R. Sexualidade Masculina e saúde do homem: próstata para uma discussão. *CiencSaudeColet*2003;8(3):825-9.
11. Instituto Nacional de Câncer.Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. *RevBrasCancerol*. 2002;48(3):317-32.
12. Sociedade Brasileira de Urologia. Câncer urológico: câncer de próstata. Rio de Janeiro, 2008.
13. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas de novos casos de câncer 2010 [homepage na Internet]. c1996-2014 [acesso em: 2013 mai 10]. Disponível em:http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento_estimativa_2010.

14. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Campanha Dia Nacional de Combate ao Câncer da Próstata. 2005. [homepage na Internet]. c1996-2014 [acesso em: 2013 mai 10]. Disponível em:
http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=imprensa&sub=7&dado_id=86&site=geal.
15. Gomes RR et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. Rev CS Col.2008;(13):235–46.
16. Figueiredo WS. Masculinidade e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2008
17. StummEMF et al. Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. Textos & Contextos.2010;9(1):89-102.
18. Wroclawski ER. Bases da Uro-Oncologia. São Paulo: Dendrix; 2007.
19. Koff WJ et al. Diretrizes em Uro-Oncologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia; 2005.
20. Feitosa RCL, Pontes ERJC. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistasdo município de Sidrolândia (MS, Brasil). Cienc saúde colet. 2011;16(2):605-13.

Recebido em: 28.10.14 Aceito em: 29.05.15
--

TOQUE DIGITAL PROSTÁTICO: CONHECIMENTO E RESISTÊNCIA MASCULINA NA TERCEIRA IDADE

Diana da Cruz Ferreira¹
Adriana Lira Rufino de Lucena²
Fabiana Ferraz Queiroga de Freitas³
Soraya Saryta da Silva⁴
Suellen Duarte de Oliveira Matos⁵

RESUMO

O câncer de próstata caracteriza-se como uma doença crescente e prevalente, responsável pela segunda causa de morte entre os homens. Apresentando-se como um importante problema de saúde pública a nível mundial, especialmente nos países em desenvolvimento, devido ao acelerado crescimento da população idosa. Objetivou-se investigar o nível de conhecimento e a resistência masculina, na terceira idade, ao exame do toque digital prostático. Pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, realizada no campus da Faculdade de Enfermagem Medicina Nova Esperança, especificamente no Projeto de Extensão Universitária “Envelhecimento Saudável: integração ensino-comunidade na promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa” durante o período de setembro de 2012, na cidade de João Pessoa, PB. Atualmente o projeto conta com 100 participantes, sendo que deste grupo 13 são do sexo masculino. O procedimento para coleta dos dados se deu por meio de um formulário contendo questões referentes à caracterização socioeconômica da amostra e a questões pertinentes ao tema em estudo, e a análise ocorreu por meio de estatística descritiva frequencial simples. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança sob o Protocolo nº 49/12. Os entrevistados possuíam média de idade de 70 a 74 anos, com baixa renda familiar e analfabetos. Prevaleceu nenhum (33%) nível de conhecimento sobre o câncer de próstata e conhecimento (67%) do toque digital prostático, sendo o Enfermeiro (50%) o profissional de saúde que mais orienta sobre esta temática, ficando estas orientações não compreendidas (50%). Torna-se evidente que os homens do estudo têm pouco conhecimento sobre o câncer de próstata, como também submeteram ao exame digital prostático. Entende-se, que adesão dos profissionais voltada para assistência dialogada e holística, contribuiria com a diminuição do preconceito em torno da doença e maior aceitação da realização de exames preventivos.

¹ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa - PB - Brasil. E-mail: diannadacruz@hotmail.com.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integradas de Patos (FIP). Mestranda em Ciências da Educação pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (Cintep). Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). End.: Rua Durval Ribeiro de Lima, 100, Miramar. João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: adriana.lira,ruino@hotmail.com.

³ Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG/Cajazeiras), Cajazeiras – PB – Brasil. E-mail: fabianafqf@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Aluna graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa - PB – Brasil. sorayasarytahotmail.com.

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (Facene). Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: suellen_321@hotmail.com.

Palavras-chave: Neoplasias da Próstata. Saúde do Idoso. Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um evento natural e irreversível e a ciência já bem que tentou, mas ainda não conseguiu retardar esse processo. No ser humano este fenômeno agrega estigmas negativos como os declínios biológicos, quase sempre acompanhados de dificuldades funcionais que implicam na incidência aumentada de enfermidades, entre elas, doenças cardiovasculares, neoplásicas, pulmonares, nutricionais, metabólicas, infecciosas, parasitárias e depressão que apresentam graves consequências na qualidade de vida do idoso¹.

O perfil demográfico do Brasil já vem demonstrando, há muito tempo, que sua população caminha rumo ao envelhecimento, ou seja, a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida, que, no presente momento, é de 72,6 anos para ambos os sexos, caracterizando-se numa explosão demográfica de pessoas cada vez mais velha².

Estudos estatísticos comprovam que a população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050. Espera-se que, até o ano de 2025, o Brasil alcance o patamar de sexto país do mundo com maior número de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos³.

Associado ao aumento da expectativa de vida, este pode implicar em doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Este indício tem preocupado o Estado no tocante à crescente demanda por mais serviços de saúde e a qualificação destes, exigindo melhorias no atendimento, habilitação dos profissionais e práticas educativas, uma vez que os idosos adoecem com maior frequência e apresentam mais problemas de saúde quando comparados ao restante da população⁴.

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que uma regra. Portanto, quando se pensa na relação homem/idade/doenças, vem à mente as patologias que frequentemente acometem essa clientela, uma delas é o Câncer de Próstata (CP), enfermidade que afeta agressivamente o sexo masculino na idade senil. O CP tem representado um problema de saúde pública que desafia a ciência. Para o Brasil, estimam-se 60.180 casos novos da doença até o final do ano, esses valores correspondem a um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens⁵.

A prevalência desta patologia aumenta com a idade, assim, à medida que aumenta a expectativa de vida, invariavelmente, a incidência da doença também aumenta, tendo por pico de incidência os 70 anos de idade⁶.

Considerando estes números, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer da Próstata, cujo principal objetivo é combater a incidência e a mortalidade por essa patologia. Esta propõe o desenvolvimento de ações permanentes no que se refere à conscientização e a sensibilização da população quanto aos fatores de risco para a doença. Além do mais trabalha com promoção em saúde, ou seja, na prevenção e na detecção precoce do câncer em questão, através do seu rastreamento, bem como tenta proporcionar aos portadores da doença acesso a tratamento equitativo e de qualidade em todo o território nacional⁷.

Sua consolidação dá-se pelo lançamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), que surgiu para incentivar a promoção de ações voltadas para saúde masculina, já que inúmeros estudos comprovavam a existência de uma resistência masculina na busca pelos serviços de saúde, estando esta relutância ligada fortemente à cultura masculina e à organização dos serviços de atenção básica^{8,9,10}.

Assim, a elaboração das medidas necessárias tinha por dever abranger os diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos, respeitando os diversos níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde, contribuindo para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade na população masculina, por causas preveníveis e evitáveis¹¹.

Essas medidas em nível de saúde pública devem ser capazes de atingir e sensibilizar os homens a cerca da temática, permitindo conhecimentos necessários que estimule práticas positivas de rastreamento, principalmente entre aqueles grupos de maior risco, até porque o CP é um dos grandes problemas de saúde no quadro de saúde pública do Brasil, sendo sua incidência duas vezes mais frequente que o câncer de mama⁵.

Para tanto, a efetivação de tais estratégias pode ser possível através de um serviço diferenciado e específico para a população masculina, inserindo este grupo na agenda de programações dos profissionais de saúde, como já ocorre com os demais programas federais que assistem outros segmentos etários. Enquanto não se concretiza esse anseio, a PNAISH constitui a nova e a única estratégia para alcançar um segmento da população que só procura as unidades de saúde quando a doença se manifesta.

Desta forma, a detecção precoce do câncer prostático, poderá reduzir altos custos decorrentes do tratamento da patologia, inclusive na fase de metástase, bem como reduzir o sofrimento dos portadores.

Esta pesquisa objetivou investigar o nível de conhecimento e a resistência masculina, na terceira idade, ao exame do toque digital prostático.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, realizada no campus da Faculdade de Enfermagem Medicina Nova Esperança, especificamente no Projeto de Extensão Universitária “Envelhecimento Saudável”, durante o período de setembro de 2012, na cidade de João Pessoa, PB. Atualmente, o projeto conta com 100 participantes, idosos, de ambos os sexos, sendo que deste grupo 13 são do sexo masculino. Fizeram parte da amostra 12 idosos homens, uma vez que um apresentava-se de atestado médico. Os critérios de inclusão definidos para esse grupo foram: estar cadastrado no projeto há pelo menos um ano, participar regularmente das atividades desenvolvidas no projeto sem apresentar três faltas consecutivas, ter disponibilidade e aceitar participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário, dividido em duas etapas: a primeira abrangendo questões sobre as características socioeconômicas da população masculina, e a segunda abordando perguntas pertinentes ao tema do estudo. Na ocasião, os participantes foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras, antes ou após a realização das atividades desenvolvidas no referido projeto, na tentativa de não prejudicar o aprendizado e participação dos idosos nas atividades.

A pesquisa obedeceu a Resolução nº 311/07 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹², assim como da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹³ do Ministério da Saúde (MS), a qual foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, sob protocolo nº 49/12 e o CAAE: 12608013.4.0000.517.9.

Após a coleta, os dados foram submetidos à estatística descritiva frequencial simples; em seguida, agrupados em uma tabela, a qual contemplou os itens pertinentes ao toque digital prostático e, posteriormente, analisados e discutidos tomando como fio condutor as evidências científicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontam predominância de 41% na faixa etária entre 70 a 74, destes, 6% não são alfabetizados; 58% casados; 83% aposentados, onde 67% sobrevivem com 2 salários mínimo. Com relação ao estado de saúde, 41% são hipertensos; 17% diabéticos.

Quanto maior a idade, maior o pico de incidência do câncer de próstata, uma vez que, à medida que o homem envelhece, a incidência da doença tende a ir aumentando¹⁴. Números têm mostrado que a cada três pessoas adultas que morrem, duas são homens. Em média, eles vivem sete anos a menos que o sexo feminino e estão mais sujeitos ao adoecimento, além de serem frequentemente acometidos por cardiopatias que implicam na alteração dos níveis pressóricos, doenças cancerígenas, afora alterações glicêmicas e lípidos¹⁵.

O analfabetismo é considerado um dos maiores problemas sociais no Brasil, pois, em meio a tantos investimentos e programas que são criados para que haja a redução de analfabetos, não há diminuição considerável, principalmente nas regiões norte e nordeste¹⁶. É um indicador importante na idade senil, podendo ser causador da falta de autonomia, elemento condicionante na terceira idade, que gera impacto na saúde do indivíduo. Assim, o idoso, com pouca ou sem nenhuma escolaridade, tem menos acesso às informações, podendo ficar vulnerável ao adoecimento, podendo tornar-se dependente de terceiros no momento de buscar atendimento médico ambulatorial, de entender as informações repassadas pelos profissionais, por não saber muitas vezes expressar-se. Destarte, o analfabetismo evidenciado em 50% dos entrevistados¹⁷.

A situação conjugal da população senil no Brasil mostra que as mulheres predominam entre os divorciados. Essa situação conjugal pode levar os idosos a um quadro depressivo, uma vez que viver de forma solitária pode resultar em tristeza e solidão, sentimentos comuns nessa idade¹⁸. A vida matrimonial contribui para um viver tranquilo e feliz, pois, a companhia gera atenção para as necessidades individuais e as advindas do envelhecimento¹⁹.

No tocante a renda familiar, estudos afirmam que a renda do idoso na maioria das vezes não atende as suas próprias necessidades, pois boa parte dela é destinada para manter a família, além de custear os gastos com medicação, consultas médicas, podendo-os deixar mais vulneráveis ao adoecimento²⁰.

A aposentadoria pode ocasionar aspectos positivos como, proporcionar mais tempo para o lazer e convívio familiar, ou ainda efeitos negativos, ausência do papel social, diminuição do poder aquisitivo e sentimento de inutilidade²¹.

Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e dependência, ela coloca os indivíduos numa situação de maior vulnerabilidade à problemas crônicos, que

podem limitá-los na vida cotidiana²². O abandono de atividades sociais tem forte relação com doenças crônicas e com declínio funcional, além de ser, também, uma questão motivacional. A sociabilidade familiar, as práticas de atividades físicas e de lazer são indicadores da qualidade de vida, influenciando na saúde e bem estar do idoso²³.

Tabela 1 - Conhecimento dos sujeitos da pesquisa quanto ao Câncer de Próstata. João Pessoa-PB.

Idoso	Nº	%
Nível de conhecimento		
Nenhum	04	33%
Pouco	03	25%
Razoável	03	25%
Aprofundado	02	17%
Meios de conhecimento		
Televisão	09	75%
Jornal	02	17%
Profissional de saúde/médico	01	8%
Conhecimento/fatores de risco		
Conhecem	05	58%
Desconhecem	07	42%
Conhecimento/sintoma		
Conhecem	05	58%
Desconhecem	07	42%
Conhecimento/cura		
Sim	06	50%
Não	03	25%
Não sabe responder	03	25%
Conhecimento/Prevenção		
Sim	09	79%
Não souberam responder	02	17%
Não	01	8%
Conhecimento/exames solicitados para diagnóstico		
Sim	06	50%
Não	06	50%
Conhecimento/especialista		
Não	11	92%
Sim	1	8%
Incidência familiar		
Não	08	67%
Sim	03	25%
Não sabe responder	01	8%
Desenvolveu a doença		
Não	12	100%
Sim	-	-

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores (2012).

O Câncer de Próstata foi identificado há décadas, ainda assim é uma doença bem pouco conhecida ou compreendida. O analfabetismo esteve presente em 50% dos consultados, isso pode explicar a falta de conhecimento acerca do Câncer de Próstata. Estudo quanto à temática, aponta que a maioria dos participantes estavam bastante desinformados quanto ao tema. Na ocasião, alguns entrevistados se reportando a doença disseram “é uma doença venérea que obstrui fezes e urina”, ainda “é causada por bactéria, cujo caroço estoura e mata”. Também ficou comprovado que 20% das pessoas nem mesmo se quer sabiam informar a região anatômica de localização da próstata²⁴, o que corrobora com os achados deste estudo.

A Constituição Federal diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, porém, acesso aos serviços de saúde é privilégio de poucos em virtude das desigualdades sociais, sendo a Educação em Saúde uma alternativa mais viável para contrapor a exclusão social²⁵. O que denota a necessidade de atrair o olhar e a escuta do profissional de saúde em direção ao sujeito e não à doença, corroborando com a construção da autonomia no processo do autocuidado, devendo ser provocadora de mudanças, uma vez que aprender significa mudar comportamento por meio de informações e experiências²⁶.

Os dados expressos na Tabela 1 reforçam a importância da prática da Educação em Saúde para o exercício da cidadania. O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional Oncológica (PNAO) em dezembro de 2005, que reconhece o câncer como um problema de saúde pública, determinando a criação de ações para o seu controle no Brasil²⁷.

Relacionado ao conhecimento dos sintomas, dos que disseram conhecê-los, todos mencionaram apenas a dor, não recordaram dos sintomas iniciais, hematúria, redução do jato urinário, micção frequente e dolorosa, sobretudo, à noite. Os sintomas tardios, como fadiga, perda de peso, impotência sexual, sangramento uretral e dor óssea nas costas e nas articulações também não foram mencionados²⁸.

O câncer de próstata, quando diagnosticado precocemente, tem um bom prognóstico, sendo o tempo de sobrevivência dos portadores da patologia determinado pelo estágio da doença. Portanto, promover o diagnóstico precoce se faz necessário quando o câncer ainda encontra-se restrito a próstata²⁷.

O diagnóstico precoce é possível, pois, há alguns anos, o sistema público de saúde tem disponibilizado à população a realização do exame de prevenção do câncer de próstata. Porém, a demanda ainda é insignificante, conseqüentemente, em decorrência de o homem não ter hábito de buscar o serviço da saúde, nem mesmo na vigência de queixas. Quando se trata de exame dessa natureza, a procura de conduta preventiva é bloqueada devido ao preconceito²⁹.

Sabe-se que, para manter o corpo saudável, o caminho é a prevenção. Até o presente momento, não há comprovação sólida de que haja métodos preventivos seguros para essa patologia. Estudos epidemiológicos sugerem que uma dieta com baixo teor de gorduras, alta ingestão de proteínas derivadas de soja e suplementação com selênio vitamina E possam reduzir a incidência de câncer de próstata³⁰.

Em se tratando dos exames solicitados para diagnóstico do câncer de próstata, a avaliação inclui métodos de triagem. De acordo com a Sociedade Americana de Cancerologia, para a detecção precoce do câncer em indivíduos

assintomáticos, preconiza-se o toque digital e o PSA sérico anual a partir de 45 anos de idade³¹. Estes exames têm baixo custo, sendo ofertado pelos serviços de saúde no Brasil. Sua realização pode reduzir a incidência da doença, com influência positiva na taxa de mortalidade. Além do toque retal e do PSA, a ultrassonografia transretal, a ressonância magnética, a tomografia computadorizada e a biópsia prostática com agulha também auxiliam no diagnóstico. No entanto, apesar de todo avanço científico, o toque retal é um exame mais eficaz, indispensável para o diagnóstico de nódulos pequenos e para avaliar sua extensão local³².

Tabela 2 - Conhecimento e resistência dos sujeitos da pesquisa ao Toque Digital Prostático. João Pessoa-PB.

Nível de conhecimento/TDP	Nº	%
Conhece o exame?		
Sim	08	67%
Não	04	33%
Do que trata o exame?		
Sim	07	58%
Não	05	42%
Já se submeteu ao exame?		
Não	08	67%
Sim	04	33%
Opinião sobre o exame		
Normal	03	75%
Desconfortável/constrangedor/dolorido	01	25%

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores (2012).

A ausência da busca por informação da doença pode estar relacionada aos aspectos emocionais envolvidos, visto que muitos homens adiam ou recusam a participação na realização de exames, por medo e/ou preconceito. Outro problema que influencia na adesão ao exame é a crença equivocada que atribui à próstata a responsabilidade pela potência sexual. Essa realidade coexiste com a desinformação, contribuindo com a não submissão ao toque digital prostático. O exame é uma medida preventiva de baixo custo, e sua não realização está relacionada a déficit de conhecimento, ao preconceito e a ausência de sintomas, o que sugere efetivação das estratégias de educação em saúde³³.

O toque digital é ainda o recurso diagnóstico mais utilizado para detecção do câncer prostático. No entanto, esse exame tem suas limitações, uma vez que somente a porção posterior e lateral da próstata pode ser apalpada, deixando 40% a 60% dos tumores fora de seu alcance. Quando empregada em associação à dosagem de PSA, sua sensibilidade pode chegar a 95%, constituindo fator determinante no resultado final de rastreamento da doença³⁴.

Tabela 3 – Nível de conhecimento do Toque digital prostático. João Pessoa-PB.

	Nº	%
Sabe a idade recomendada?		
Sim	08	67%
Não	04	33%
Idade		
40 anos	04	50%

45 anos	02	25%
50 anos	01	12%
A partir dos 35 anos	01	12%
Já recebeu informações para realização do exame?		
Sim	08	67%
Não	04	33%
Como foram repassadas as informações?		
Exposição oral individual	03	75%
Exposição oral coletiva	01	25%
Profissional que orientou?		
Enfermeiro	02	50%
Médico	01	25%
ACS	01	25%
Compreendeu as orientações transmitidas?		
Não	02	50%
Sim	01	25%
Em parte	01	25%
Gostaria de obter outras informações?		
Sim	12	100%
Não	-	-
Importância do exame		
Importante	05	41%
Desnecessário	04	33%
Não souberam responder	03	25%
Barreiras para realização do exame		
Constrangimento	02	25%
Medo do diagnóstico	02	25%
Inadequação dos serviços de saúde	02	25%
Preconceito	01	12%
Idade avançada	01	12%

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores (2012).

A Tabela 3 torna clara a compreensão dos idosos quanto à idade ideal para realização do toque digital prostático, contudo, é oportuno destacar que, em casos de história familiar da doença, a idade recomendada cai para menos de 40 anos³⁵.

Evidencia-se que a falta de informação contribui para o adoecimento, considerando o respectivo indicador. A desinformação constitui barreira à promoção e à prevenção dos agravos à saúde do homem. Este fator é ainda mais preocupante quando se trata de indivíduos na idade senil com reduzido grau de escolaridade, cabendo aos profissionais de saúde fazer a diferença no que se refere à educação permanente em saúde³⁵.

Esta educação inicia-se na instância dos serviços de saúde, onde competem aos profissionais inseridos neste contexto as iniciativas de informar e esclarecer os grupos minoritários, a fim de garantir-lhes qualidade de vida. Associado a esses, os grupos de extensão universitária preparam tanto os idosos, como os graduandos na tentativa de efetivar as ações de educação em saúde práticas e possíveis de serem realizadas e colocadas em prática na vida pessoal de cada um desses integrantes para assim mantê-los com uma maior qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados, torna-se evidente que os homens do estudo têm pouco conhecimento sobre o câncer de próstata, como também submeteram ao exame digital prostático. Entende-se, que adesão dos profissionais voltada para assistência dialogada e holística contribuiria com a diminuição do preconceito em torno da doença e maior aceitação da realização de exames preventivos.

É necessário que os profissionais de saúde promovam a divulgação dessa patologia, do exame, dando ênfase às orientações, conscientização, promovendo ações estratégicas de educação em saúde, que contemplem toda a população masculina, seja esta laboralmente ativa ou não, como forma de se fazer cumprir a integralidade e universalidade das ações propostas pelo sistema único de saúde brasileiro.

Logo, o desafio para os profissionais de saúde do século XXI é prover conhecimento dos homens acerca da realização do exame, para que estes se convençam a submeter-se ao toque e concomitantemente à prevenção da neoplasia.

TOUCH DIGITAL PROSTATE: KNOWLEDGE AND RESISTANCE IN THE ELDERLY MALE

ABSTRACT

Prostate cancer is characterized as an increasingly prevalent disease, which accounts for the second cause of death among men. Presenting itself as a major public health problem worldwide, especially in developing countries, due to the accelerated growth of the elderly population. This study aimed to investigate the level of knowledge and male resistance, in old age, the examination of the prostate digital touch. Descriptive exploratory research with a quantitative approach, held on the campus of the Faculty of Medicine Nursing New Hope, specifically in the University Extension Project "Healthy Aging: school-community integration in health promotion and disease prevention in the elderly population" during the period from September 2012, in the city of João Pessoa, PB. Currently the project has 100 participants, and of this group 13 are male. The procedure for data collection was through a form containing questions regarding socio-economic characteristics of the sample and the issues relevant to the subject under study, and the analysis occurred through frequencial simple descriptive statistics. The project was assessed and approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing and Medicine New Hope under No. 49/12 Protocol. Respondents had an average age 70-74 years with low family income and illiterate. None prevailed (33%) level of knowledge about prostate cancer and knowledge (67%) of prostate Digital Touch, and the nurse (50%) health professionals that more guidance on this issue, where they have not understood guidelines (50 %). It is clear that the men in the study have little knowledge about prostate cancer, but also underwent prostate digital examination. . It is understood that accession of dedicated professionals to dialogue-based, holistic care, help with the reduction of prejudice surrounding the disease and greater acceptance of preventive examinations.

Keywords: Prostatic Neoplasms. Elderly Care. Health Education.

REFERÊNCIAS

- 1 Freire GC. Conheça a sua próstata. São Paulo: Bioética; 2003.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, 2010 a. [acesso em: 02 out. 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>.
- 3 Oliveira RAO, Gomes MJP. Dificuldades e processo de envelhecimento: a percepção dos idosos ao envelhecer. Rev Bras Geriat. 2011;20(21).
- 4 Robson FB, Francisco RB, João TAF. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo de caso com os beneficiários do Programa “Leite da Paraíba” na cidade de Campina Grande - PB. SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2013. [acesso em: 19 Mar. 2013]. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos08/377_qv%20SEGET.pdf.
- 5 Inca. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa/2012 Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. [acesso em: 11 Mar. 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
- 6 Inca. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa/2012 Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. [acesso em: 11 Mar. 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
- 7 Paiva EP, da Motta MCS, Griep RH. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;19(1):73-80.
- 8 Souza LM, Silva MP, Pinheiro IS. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. Rev Gaucha Enferm. 2011;32(1):151-58.
- 9 Modena CM, Martins AM, Ribeiro RBN, Almeida SSL. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. Revista Baiana de Saúde Pública. 2013; 37(3)644-660.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2008. [acesso em: 11 mar. 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 CNS/MS. Brasília, 1996. [acesso em: 11 mar. 2012]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioética/res19696.htm>.
- 12 Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. [acesso em: 05 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/928/código-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem-resolucao-cofen-311-2007>.

- 13 Hering FLO, Srougi M. Urologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Rocha; 1998. 111p.
- 14 Neri, AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papirus; 1993.
- 15 Brasil. Ministério da Educação (MEC). O Mapa do Analfabetismo no Brasil. [acesso em: 20 Ago. 2013]. Disponível em: <http://www.oei.es/quipu/brasil/estadisticas/analfabetismo2003.pdf>
- 16 Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JL. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Universidade Estadual Paulista - UNESP Rio Claro, São Paulo. Ago/Dez 2002; 8(3): 91-98. [acesso em: 04 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>.
- 17 Brito RS, Santos DLA. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011;13(4):639-47.
- 18 Vitola, JO. Castilhos. Sentido de vida e realização pessoal em pessoas de terceira idade. In: Sarriera JC, organizador. Psicologia Comunitária: estudos atuais. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2004. p.160-196.
- 19 Ferreira JLD. Educação financeira na terceira idade: um estudo aplicado. VIII Encontro de Produção Científica e Tecnológica - EPCT/ Ética na Pesquisa Científica 22 a 26 de outubro de 12, [acesso em 04 mar. 2013]. Disponível em: http://www.fecilcam.br/nupem/anais_vii_epct/PDF/CIENCIAS_SOCIAIS_APLICADAS/Contabeis/08_484_JFerreira_comunicacao_simposio.pdf.
- 20 Alves CM, Alves SCA. Aposentei e agora? Um estudo acerca dos aspectos psicossociais da aposentadoria na terceira idade, 2008. [acesso em: 04 ago. 2014]. Disponível em: http://www.unilestemg.br/kaleidoscopio/artigos/volume2/aposentei_e_agora_um_estudo_acerca_dos_aspectos_psicossociais_da_aposentadoria_na_terceira_idade.pdf.
- 21 Lucchiari DHS. A reorientação profissional: apoio em época de crise. Revista ABOP. 1997;1(1).
- 22 Siqueira RLB, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2002;7(4). [acesso em 15 de maio 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- 23 Brasil GLP, Formiga LMF, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Silva RN, Lopes CM. Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde. Rev Enferm UFPI. 2013;2(4):28-34.
- 24 Josiane de JM, et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem. [periódico na

internet] 2007; 09(2) 443-56. [acesso em: 21 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>.

25 Brasil. Constituição Federal. Artigo 196. [acesso em: 12 Dez. 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf.

26 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União, 9 dez 2005. Seção 1, p.80-8.

27 Jurberg C, Gouveia ME, Belisário C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia. [periódico na internet] 2006; 52(2):139-146. [Acesso em: 21 Abr. 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo3.pdf.

28 Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciências & Saúde Coletiva. [periódico da internet] 2005; 10(1), 35-46. [acesso em: 25 Jan. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>.

29 Soto A, Soto J. O jornalismo científico criando tendências, norteando a indústria e fixando novos paradigmas. Anais do 6º Congresso de Jornalismo Científico. Florianópolis, SC; 2001.

30 Cavalcanti F. Jornalistas e cientistas: os entraves de um diálogo. In: Lopes B, Nascimento J, organizadores. Saúde & Imprensa: o público que se dane. Rio de Janeiro: Editora Mauad; 1996. p. 91-9.

31 Fonseca FP, Lopes A. Saúde prostática. [texto na Internet] 2005 [acesso em: 04 Ago 2005] [cerca de 8 p.]. Disponível em: www.hcanc.org.br.

32 Hering LO, Srougi M. Urologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Rocha; 1998. 111p.

33 Arn MGA, Silva I. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. Rev Saúde Pública. [Texto na internet] 2010;44(2):344-52. [acesso em: 04 Ago. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/16.pdf>.

34 INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Próstata. [Texto na Internet] 2009, [acesso em: 06 out. 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.

35 Lima, DM. A Assistência à Saúde da População Masculina nos Programas de Atenção Básica do Município de Paudalho-PE. 2005. 45f. Monografia [Graduação em Enfermagem] Faculdade Nova Esperança-FACENE, João Pessoa; 2005.

36 Tucunduva. TCM, et. al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev Assoc Med Bras. 2004; 50(3): 257-62.

37 Gomes R; Rebello LEFS; Nascimento EF; Deslandes SF; Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio Janeiro. Ciências & Saúde Coletiva. 16(11) 4513-4521, 2001. [acesso em: 11 mar. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a24v16n11.pdf>.

Recebido em: 21.11.14 Aceito em: 08.06.15
--

ALTERAÇÕES ISQUÊMICAS NO ELETROCARDIOGRAMA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CORONARIANA EM PACIENTES COM DOR TORÁCICA

Valéria Siqueira de Carvalho Bessaria¹
Alysson Costa da Nóbrega²
Daniele Kelle Lopes de Araújo³
George Robson Ibiapina⁴
Waléria Viana Ibiapina⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever as associações entre alterações isquêmicas encontradas nos eletrocardiogramas (ECG), dor torácica como sintoma que levou o doente ao serviço de emergência e variáveis clínicas relacionadas ao aumento da probabilidade de doença arterial coronariana (DAC). Entre março e abril de 2015 foram colhidos registros de 138 pacientes atendidos na emergência do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho. Apenas fichas com ECG foram selecionadas. Idade, sexo, hipertensão, diabetes e dor torácica eram as características observadas e que seriam relacionadas com os sinais de isquemia no ECG. A idade dos pesquisados teve média de 58,21 anos, sendo 85,5% deles com 40 anos ou mais. O sexo feminino representou 68,8% da amostra. 57,2% não sabiam ser hipertensos e 39,9% o eram; 10,1% tinham diabetes. Um pouco menos da metade, 47,1%, apresentavam dor torácica e em 14,5% dos ECGs havia alterações sugestivas de isquemia. Dentre os maiores de 60 anos, 17,4% possuíam ECG com alguma alteração de isquemia, mas sem significado estatístico, $p=0,549$; e nos homens o resultado do exame foi alterado em 23,3%, $p=0,049$. Relativo às variáveis clínicas, entre os pacientes com dor torácica, 21,5%, $p=0,027$, apresentaram ECG com sinais de isquemia. Indivíduos com hipertensão, em uso de anti-hipertensivos e diabéticos apresentaram alterações eletrocardiográficas em, respectivamente, 14,5%, 16,3% e 21,5% dos casos e todos com p sem significado estatístico. Quanto à dor torácica e sua relação com idade e sexo: os maiores de 60 anos, em 47,5% das vezes, a sentiram, $p=0,975$; e o sexo feminino, em 47,4%, $p=0,926$, tinham o sintoma. Concluímos que o sexo masculino possui a maioria dos eletrocardiogramas alterados e menos de 1/3 dos pacientes com dor torácica típica possuem ECG com sinais de isquemia.

Palavras-chave: Dor torácica. Eletrocardiograma. Doença arterial coronariana.

INTRODUÇÃO

A dor torácica na emergência representa grande desafio diagnóstico devido ao grande potencial de gravidade por conta da doença arterial coronariana (DAC)^{1,2}. Síndrome coronariana aguda (SCA) engloba um grupo de entidades que incluem

¹ Residência em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB. Avenida Frei Galvão, nº 12, Gramame. CEP: 58067-695. João Pessoa-Paraíba – Brasil. E-mail: valscarvalho@gmail.com.

² Residência em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB.

³ Residência em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB.

⁴ Chefe do Serviço de Clínica Médica do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, Santa Rita-PB.

⁵ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB.

infarto agudo do miocárdio (IAM) com Supradesnível do segmento ST (SST), IAM sem SST e angina instável. Essas manifestações são causas comuns de atendimentos e de admissões nos departamentos de emergências, assim como causas de morbidade e de mortalidade no mundo^{3,4}.

Dados epidemiológicos americanos relatam que mais de 12 milhões de pessoas têm DAC e mais de um milhão experimenta um infarto do miocárdio a cada ano, resultando em cerca de 466.000 mortes atribuídas à doença arterial coronariana^{3,5}. Na última década, com o maior conhecimento sobre a fisiopatologia das SCA, avanços têm sido alcançados em intervenções terapêuticas e divulgação de novos medicamentos no seu tratamento^{3,6}.

O eletrocardiograma (ECG) juntamente com a história clínica é fundamental para o diagnóstico e deve ser feito imediatamente em até dez minutos após a chegada do paciente ao serviço. Ele se apresentará normal na maioria dos doentes com dor torácica, destes 5% terão DAC como causa da dor. A sensibilidade do ECG para infarto do miocárdio com supra de segmento ST na internação é de 40-60%, a especificidade de 80-95% e o valor preditivo positivo e negativo, respectivamente, 75-85% e 85-95%¹.

O objetivo deste trabalho é descrever as associações entre alterações isquêmicas encontradas nos ECGs, dor torácica como sintoma que levou o doente ao serviço de emergência e variáveis clínicas associadas a aumento da probabilidade de DAC, como sexo, idade, diabetes e hipertensão.

PACIENTES E MÉTODOS

O estudo foi realizado a partir dos registros de 138 pacientes atendidos na emergência do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho entre março e abril de 2015, sendo que apenas fichas com ECG eram selecionadas. Idade, sexo, hipertensão, diabetes e dor torácica eram as características observadas e que seriam relacionadas com os sinais de isquemia no ECG, como supra e infra de seguimento ST, inversão simétrica de onda T e onda Q de necrose.

A análise dos dados foi realizada em duas partes, sendo a primeira representada pelas medidas de posição e dispersão: média, desvio padrão e mediana e percentuais como técnicas de estatística descritiva. Também foram utilizadas as técnicas de estatística inferencial através dos testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson com a medida razão de prevalências; intervalo de confiança para o referido parâmetro para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas; t-Student com variâncias iguais para verificar a existência ou não de diferença significativa entre duas categorias em relação a variáveis numéricas. Ressalta-se a utilização do teste Exato de Fisher no caso da não verificação das condições para utilização do teste Qui-quadrado e a utilização do teste F de Levene para a verificação da hipótese de igualdade de variâncias.

A margem de erro fixada para a decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% e os intervalos foram obtidos com confiabilidade de 95,0%. O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 17.

RESULTADOS

A idade dos pesquisados variou de 16 a 98 anos, teve média de 58,21 anos, mais de 80% tinham mais de 40 anos. Em relação ao sexo, o sexo feminino foi mais prevalente com 68,8% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária e o sexo.

Variável	n	%
TOTAL	138	100,0
• Faixa etária		
Até 39	20	14,5
40 a 59	49	35,5
60 a 98 anos	69	50,0
• Sexo		
Masculino	43	31,2
Feminino	95	68,8

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Em relação aos dados clínicos, observa-se que mais da metade, 57,2% não sabiam se tinham hipertensão e 39,9% eram hipertensos; o uso de anti-hipertensivos foi citado por 35,5% dos pesquisados. A maioria, 83,3% não sabiam ter diabetes e 10,1% tinham a citada comorbidade; um pouco menos da metade, 47,1% tinham dor torácica e 14,5% tinham o exame ECG alterado (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados clínicos.

Variável	n	%
TOTAL	138	100,0
• HAS		
Sim	55	39,9
Não	4	2,9
Não sabe	79	57,2
• Uso anti-hipertensivo		
Sim	49	35,5
Não	10	7,2
Não sabia se era hipertensa	79	57,2
• DM		
Sim	14	10,1
Não	9	6,5
Não sabe	115	83,3
• Dor torácica		
Sim	65	47,1
Não	73	52,9
• ECG		
Alterado	20	14,5
Normal	118	85,5

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Com a análise dos valores médios da pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), verificou-se que esses são estimadores representativos para os dados analisados, uma vez que os mesmos apresentaram coeficientes de variação de dados, respectivamente, por 20% e 17% (Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas da PAS e PAD.

Variável	Média ± DP	Estatísticas		
		Mediana	Mínimo	Máximo
• PAS	147,29 ± 30,29	140	80	240
• PAD	88,63 ± 15,81	90	40	120

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Entre as faixas etárias, 17,4% dos pacientes maiores de 60 anos possuíam ECG com alguma alteração de isquemia, mas sem significado estatístico, $p=0,549$. Em relação ao sexo, os homens dominaram o quadro de exames com resultados alterados, 23,3%, $p=0,049$ (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação do ECG segundo a faixa etária e o sexo.

Variável	ECG				TOTAL	Valor de p	RP (IC a 95%)
	Alterado	Normal					
	N	%	n	%	n	%	
Grupo Total	20	14,5	118	85,5	138	100,0	
• Faixa etária							
Até 39	3	15,0	17	85,0	20	100,0	$p^{(1)} = 0,549$
40 a 59	5	10,2	44	89,8	49	100,0	1,00
60 ou mais	12	17,4	57	82,6	69	100,0	0,68 (0,18 a 2,58)
• Sexo							
Masculino	10	23,3	33	76,7	43	100,0	$p^{(1)} = 0,049^*$
Feminino	10	10,5	85	89,5	95	100,0	2,21 (0,99 a 4,91)

Fonte: Elaboração própria, 2015.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Relativo às variáveis clínicas, entre os pacientes com dor torácica, 21,5%, $p=0,027$, apresentaram ECG com sinais de isquemia. Indivíduos com hipertensão, em uso de anti-hipertensivos e diabéticos apresentaram alterações eletrocardiográficas em, respectivamente, 14,5%, 16,3% e 21,5% dos exames, todos com p sem significado estatístico (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação do ECG segundo a HAS, uso de anti-hipertensivo, DM e dor torácica.

Variável	ECG				TOTAL	Valor de p	RP (IC a 95%)
	Alterado	Normal					
	N	%	n	%	n	%	
• HAS							
Sim	8	14,5	47	85,5	55	100,0	$p^{(1)} = 1,000$
Não	-	-	4	100,0	4	100,0	**
Grupo Total	8	13,6	51	86,4	59	100,0	
• Uso de anti-hipertensivo							
Sim	8	16,3	41	83,7	49	100,0	$p^{(1)} = 0,329$
Não	-	-	10	100,0	10	100,0	**

Grupo Total	8	13,6	51	86,4	59	100,0		
• DM								
Sim	3	21,4	11	78,6	14	100,0	$p^{(1)} = 0,643$	1,00 1,56 (0,40 a 6,08)
Não	3	33,3	6	66,7	9	100,0		
Grupo Total	6	26,1	17	73,9	23	100,0		
• Dor torácica								
Sim	14	21,5	51	78,5	65	100,0	$p^{(2)} = 0,027^*$	2,62 (1,07 a 6,42) 1,00
Não	6	8,2	67	91,8	73	100,0		
Grupo Total	20	14,5	118	85,5	138	100,0		

Fonte: Elaboração própria, 2015.

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Quando consideramos a dor torácica e sua relação com idade e sexo, temos que os maiores de 60 anos, em 47,5% das vezes, sentiram dor torácica, $p=0,975$, e o sexo feminino, em 47,4%, $p=0,926$, também tinham o sintoma (Tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação da ocorrência de dor torácica segundo a faixa etária e o sexo.

Variável	Dor torácica				TOTAL		Valor de p	RP (IC à 95%)
	Sim		Não		n	%		
	N	%	n	%	n	%		
Grupo Total	65	47,1	73	52,9	138	100,0		
• Faixa etária								
Até 39	9	45,0	11	55,0	20	100,0	$p^{(1)} = 0,975$	1,00 1,04 (0,59 a 1,84) 1,06 (0,62 a 1,83)
40 a 59	23	46,9	26	53,1	49	100,0		
60 ou mais	33	47,8	36	52,2	69	100,0		
• Sexo								
Masculino	20	46,5	23	53,5	43	100,0	$p^{(1)} = 0,926$	1,00 1,02 (0,69 a 1,50)
Feminino	45	47,4	50	52,6	95	100,0		

Fonte: Elaboração própria, 2015.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Os hipertensos, em uso de anti-hipertensivos e diabéticos apresentaram dor torácica, respectivamente, em 43,6%, 44,9% e 42,9% e todos sem significado estatístico (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação da ocorrência de dor torácica segundo a HAS, uso de anti-hipertensivo e DM.

Variável	Dor torácica				TOTAL		Valor de p	RP (IC à 95%)
	Sim		Não		n	%		
	N	%	n	%	n	%		
• HAS								
Sim	24	43,6	31	56,4	55	100,0	$P^{(1)} = 0,323$	**
Não	3	75,0	1	25,0	4	100,0		
Grupo Total	27	45,8	32	54,2	59	100,0		
• Uso de anti-hipertensivo								
Sim	22	44,9	27	55,1	49	100,0	$P^{(1)} = 1,000$	1,00 1,11 (0,56 a 2,23)
Não	5	50,0	5	50,0	10	100,0		

Grupo Total	27	45,8	32	54,2	59	100,0		
• DM								
Sim	6	42,9	8	57,1	14	100,0	P ⁽¹⁾ =	1,00
Não	5	55,6	4	44,4	9	100,0	0,680	1,30 (0,56 a 3,01)
Grupo Total	11	47,8	12	52,2	23	100,0		

Fonte: Elaboração própria, 2015.

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência muito baixa.

(1): Através do teste Exato de Fisher

DISCUSSÃO

Nosso trabalho visa associar alterações eletrocardiográficas isquêmicas miocárdicas com o clássico quadro clínico de dor precordial e variáveis diretamente relacionadas com risco para DAC, como hipertensão, diabetes, maiores de 40 anos e sexo masculino. Na SCA, o infradesnivelamento do segmento ST, o supradesnivelamento transitório e/ou inversão da onda T ocorrem em 30-50% dos pacientes⁷. Nos pacientes com manifestações clínicas de dor torácica, o aparecimento recente de alterações do segmento ST, mesmo que de apenas 0.05 mV, é importante indício de evolução desfavorável. As alterações de onda T são sensíveis à isquemia, porém menos específicas, a menos que surjam novas inversões profundas de onda T (> 0.3 mV)⁸.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o diagnóstico da SCA incluem realização de pelo menos duas das três seguintes estratégias diagnósticas: uma história elaborada de dor torácica típica, presença de alterações significativas no ECG, e inequívoca elevação anormal da tradicional atividade enzimática no sangue⁹. Dor no peito é um indicador confiável, no entanto, até 33% dos pacientes com IAM podem não ter esse sintoma¹⁰. O ECG permanece a pedra fundamental para o diagnóstico precoce da isquemia aguda, mostrando a mudança de segmento ST em segundos do insulto em aproximadamente 60% de pacientes. Porém, o ECG pode ser inconclusivo em 40% dos casos, exibindo uma sensibilidade global baixa^{11,12}. Nos nossos doentes, apenas 21,5% (p=0,027) dos que apresentaram dor torácica tinham alterações isquêmicas no ECG.

Doença Arterial Coronariana (DAC) é a principal causa de mortalidade e morbidade em países industrializados, tanto nos homens como nas mulheres. Elas têm seu primeiro evento cardíaco 6 a 10 anos mais tarde que eles. Considerando os efeitos cardiovasculares, as taxas de mortalidade estão declinando nos homens, mas permanecem constantes nas mulheres. Em estudos com limites de idade, as mulheres são naturalmente a minoria, no montante de 40%. É bem conhecido que existem diferenças entre os gêneros em termos de apresentação dos sintomas, a validade de testes de diagnóstico, efeitos colaterais de medicamentos e complicações. Com relação aos fatores de risco para DAC, as mulheres têm maiores taxas de diabetes e hipertensão, mas fumam menos¹³. Em nossa coorte, as mulheres se apresentaram em maior número, 68%. Em relação às alterações isquêmicas no ECG, os homens dominaram o quadro com 23,3%, p= 0.049, e relativo ao quadro clínico de dor torácica, as mulheres superaram com 47,4% contra 46,5%, p=0,925, do sexo masculino.

Aproximadamente, metade dos pacientes do registro GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events - Registro global de eventos coronários agudos) apresentava idade maior que 65 anos, e mais de um terço era do sexo feminino¹⁴. A

faixa etária mais frequente em nossa análise foram os maiores de 60 anos, 50%. De forma semelhante, nos pacientes admitidos com síndrome coronariana no Pronto Socorro em outro estudo, 49,6% apresentavam idade superior ou igual a 65 anos e 41,5% eram do sexo feminino⁷.

Os fatores de risco mais frequentes para doença arterial coronariana em um estudo realizado num serviço de emergência no Brasil foram hipertensão arterial sistêmica em 672 pacientes (78,1%) e dislipidemia em 45 (53,1%), seguidos de história familiar para insuficiência coronariana, diabetes mellitus e tabagismo. 347 pacientes (40,7%) eram portadores de três ou mais fatores de risco⁷. Entre nossos participantes, 39,9% eram hipertensos, mas só 35,5% usavam anti-hipertensivos e 10,1% eram diabéticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, com esse registro, conseguimos desenhar o perfil do doente que se apresenta na emergência do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho com síndrome coronariana aguda, descrevendo a frequência de sinais eletrocardiográficos de isquemia, grupo específico que se apresenta com dor torácica típica e características clínicas mais implicadas no surgimento de doença arterial das coronárias como diabetes e hipertensão.

Em suma, concluímos que o sexo masculino possui a maioria dos eletrocardiogramas alterados e menos de 1/3 dos pacientes com dor torácica típica possuem ECG com sinais de isquemia.

CHANGES IN ISCHEMIC ELECTROCARDIOGRAM AND ASSOCIATION WITH RISK FACTORS FOR HEART DISEASE IN PATIENTS WITH CHEST PAIN

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the association between ischemic changes seen in electrocardiograms (ECG), chest pain as a symptom that took ill the emergency room and clinical variables related to the increased likelihood of coronary artery disease (CAD). Between March and April 2015, they were collected records of 138 patients treated in the emergency of the Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho. Only records with ECG selected. Age, sex, hypertension, diabetes and chest pain were observed and the characteristics that would be related to the ECG signs of ischemia. The age of respondents averaged 58.21 years, with 85.5% of them aged 40 or more. Females represented 68.8% of the sample. 57.2% could not be hypertensive and 39.9% they were; 10.1% had diabetes. Just under half, 47.1% had chest pain and in 14.5% of ECGs had abnormalities suggestive of ischemia. Among those over 60, 17.4% had ECG changes with some of ischemia, but not statistically significant, $p = 0.549$; and in men the result of the examination was altered in 23.3%, $p = 0.049$. Relating to clinical variables among patients with chest pain, 21.5%, $p = 0.027$, showed ECG with signs of ischemia. Individuals with hypertension, on anti-hypertensive and diabetic patients showed electrocardiographic changes in, respectively, 14.5%, 16.3% and 21.5% of cases and all p without statistical significance. As for chest pain and its relation to age and sex: those above 60 years in 47.5% of the time, they felt, $p = 0.975$; and the female, 47.4%, $p = 0.926$, had the symptom. We conclude that the male has most altered electrocardiograms and less than 1/3 of patients with typical chest pain have ECG signs of ischemia.

Keywords: Chest pain. Electrocardiogram. Coronary artery disease.

REFERÊNCIAS

1. Avena LA, Martins HS. Dor torácica. In: Herlon SM, Marica CTD, Soraia BA: Pronto socorro. 2.ed. São Paulo: Manole; 2008. p. 369-76.
2. Guerra MCMD, Dias LA. Dor torácica. In: Figueira NA, Figueiredo EAP, Leitão CCS, Júnior JIC, Mendes JM, Azevedo TCR, et al: Medicina interna de ambulatório. Rio de Janeiro: Medbook; 2012. p. 244-56.
3. Fox KAA, Goodman SG, Klein W, Brieger D, Steg PG, Dabbous O, et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J*. 2002; 23: 1177-89.
4. Topol EJ. Targeted approaches to thrombosis inhibition – an end to the shotgun approach. *Clin Cardiol*. 1997; 20 (Suppl I): I22-6.
5. American Heart Association. Heart and stroke statistical update. Texas: American Heart Association, 2000.
6. Maynard SJ, Scott GO, Riddell JW, Adgey AAJ. Management of acute coronary syndromes. *BMJ*. 2000; 321:220-3.
7. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: 597-602.
8. Cannon C, Braunwald E. Angina instável e infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do seguimento ST. In: Dan LI, Denis IK, J. LJ, Anthony SF, Stephen LH, Joseph LH: Medicina interna. 18. ed. Porto Alegre: McGrawHill; 2012. p. 2015-21.
9. Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease: report of the Joint International Society and Federation of Cardiology/World Health Organization Task Force on Standardization of Clinical Nomenclature. *Circulation*. 1979; 59: 607-8.
10. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, Malmgren JA, Frederick PD, Lambrew CT, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA*. 2000; 283:3223-29.
11. Rouan GW, Lee TH, Cook EF, Brand DA, Weisberg MC, Goldman L, et al. Clinical characteristics and outcome of acute myocardial infarction in patients with initially normal or nonspecific electrocardiograms (a report from the Multicenter Chest Pain Study). *Am J Cardiol*. 1989; 64:1087-92.

12. Panteghini M. Acute coronary syndrome biochemical strategies in the troponin era: review. CHEST. 2002; 122:1428-35.
13. Elsaesser A, Hamm CW. Acute coronary syndrome: the risk of being female. Circulation. 2004; 109:565-67.
14. Steg PG, Goldeberg RJ, Gore JM, Fox KA, Eagle KA, Flather MD, et al. Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Am J Cardiol. 2002; 90:358-63.

Recebido em: 21.05.15 Aceito em: 26.06.15
--

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Aline de Alcântara Correia¹
Fabiana Correia Freires²
Adriana Lira Rufino de Lucena³

RESUMO

O envelhecimento é um processo biológico e não deve ser considerado como uma doença. A gênese do conhecimento acerca dos fenômenos que permeiam o amadurecimento humano surgiu no início do século XX, assim, foram desenvolvidos estudos quanto aos atributos pertencentes nesta fase da vida. Tais estudos impulsionaram a formação de uma área da saúde conhecida como a gerontologia. O presente estudo teve como objetivo verificar a atenção ao idoso pelos Enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família, observando os aspectos que dificultam ou facilitam este cuidado. O tipo de pesquisa foi exploratório e descritivo com abordagem qualitativa; como instrumento de coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada, composta por questões relacionadas à assistência de Enfermagem ao idoso. Os sujeitos da pesquisa foram dez idosos, usuários da Unidade Básica de Saúde Nova União. Como critérios de inclusão foram considerados eleitos, os idosos moradores na área de abrangência da Unidade de Saúde Nova União atendidos pelo Enfermeiro. A realização da pesquisa ocorreu mediante aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, CAAE n.21556713.2.0000.5179, cujo Protocolo nº 183/13, conforme os preceitos da Resolução 466/2012 CNS. Como resultado foi identificado uma desarticulação entre as ações de Enfermagem na prática e os programas ministeriais para a atenção ao idoso. Destarte, conclui-se, através dos resultados obtidos, que a atenção aos idosos está aquém do esperado neste nível de atenção, assim, urge a necessidade de profundas mudanças no atendimento das Unidades de Saúde da Família buscando a satisfação desse grupo populacional.

Palavras-chave: Enfermagem. Política de saúde. Idoso.

INTRODUÇÃO

A necessidade do conhecimento acerca dos fenômenos que permeiam o envelhecimento humano surgiu no início do século XX, assim, foram desenvolvidos estudos que apresentassem os atributos pertencentes a esta fase do desenvolvimento. Tais estudos impulsionaram a formação de uma área da saúde conhecida como a gerontologia. Tal especialidade refere-se ao curso das modificações ocorridas durante o último período da vida, decorrentes de fenômenos biológicos e processuais particulares na evolução dos seres vivos. Sendo assim,

¹ Enfermeira. Mestre em Modelos de Decisão pela UFPB. Docente da disciplina Saúde Coletiva pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – PB. CEP: 58037-435. João Pessoa. Fone: (83) 8632-3394. E- mail: alinealcorreia@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa-PB.

³ Enfermeira. Mestre. Docente da disciplina de Saúde do Idoso na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – PB.

trata-se de um período existente no ciclo vital da humanidade que não deve ser considerada uma doença¹.

Na década de 1980, com a Lei Constitucional de 1988, houve o favorecimento da sociedade brasileira ao direito universal e integral à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), entre outras. Sob a égide da Constituição Federal, art. 196, a saúde passa a ser considerada “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”².

Os princípios filosóficos (Universalidade, Integralidade e Equidade) e organizacionais (Hierarquização e Regionalização, Participação social, Complementaridade do setor privado e Descentralização) que norteiam o SUS reverberam a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos idosos. Os serviços de saúde devem promover ações em saúde para identificar as situações de vulnerabilidade social, avaliar a capacidade física e mental, em relação ao diagnóstico precoce e seu tratamento, garantir o acesso às medicações, a reabilitação funcional e prevenir os efeitos negativos do processo de envelhecimento³. Assim, este trabalho justificou-se em face à constatação de que os idosos precisam conhecer e receber uma assistência adequada e equitativa.

Os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros das USF, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando, assim, sua qualidade de vida. O envelhecimento acarreta mudanças no organismo do indivíduo e, geralmente, traz consigo algumas doenças como a Osteoporose, Hipertensão Arterial, Incontinência Urinária, Diabetes, Alzheimer, Câncer, entre outras³.

A atribuição do enfermeiro na sua prática profissional ocorre em diversas áreas, distinguindo-se em: assistência de enfermagem individual, ações educativas, coordenação de cargos técnicos da Vigilância Epidemiológica, além das ações relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem e participação com a equipe de saúde no planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde. Segundo a Portaria nº 648, uma das estratégias assistenciais privativas do enfermeiro volta-se à saúde dos idosos através das: terapias de grupos, ações preventivas, curativas e educativas⁴.

De acordo com o Pacto pela Saúde, o bem-estar do idoso está entre as prioridades governamentais do país, visto pela implantação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso⁵, sendo esta uma estratégia que visa recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos aprovada sob a égide da portaria n 2.528 em 2006, devendo os profissionais de saúde receber treinamentos específicos para este cuidado⁶.

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso surge com o fim de preservar direitos fundamentais do ser humano, como a autonomia e independência fomentando a saúde, individual ou coletivamente conforme é preconizado pelo sistema de saúde vigente no país para aqueles com idade igual ou superior a 60 anos.

Dentre as diretrizes desta política de saúde, a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável constitui uma importante meta a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde. Com o intuito de aumentar a divulgação e adesão de políticas de saúde para o cuidado aos idosos, a Organização Mundial da Saúde⁷ propôs que os Estados Federados desenvolvessem Política de Saúde focada no

envelhecimento ativo, isto é, ressaltando a implementação das ações e programas de saúde para uma assistência de qualidade, considerando suas particularidades.

Outra importante ferramenta legislativa a favor dos idosos é o Estatuto do Idoso⁸. Assegurando, no capítulo IV, o direito à atenção integral, possibilitando acessibilidade igual aos demais usuários, além da atenção especial, de acordo com as necessidades particulares pertinentes às pessoas com idade avançada.

Quanto à assistência de saúde, o Art. 17 assegura ao idoso o direito de escolher as ações e procedimentos a serem realizados pelos profissionais de saúde, conforme o domínio de suas faculdades mentais, ou seja, possibilidade de escolha no tratamento e profissionais para o seu cuidado.

Já o Art. 18, aponta para a promoção de capacitação dos profissionais de saúde, pelo Estado, para atender aos idosos com a qualidade e atenção que eles merecem, desenvolvendo práticas específicas com os problemas e desafios vivenciados por eles, tanto na sua individualidade, quanto coletividade.

Conforme estudos relacionados à assistência básica, embora sejam desenvolvidos documentos constitucionais que assegurem a saúde dos idosos, como vistos anteriormente, na prática, esta assistência possui muitas limitações a serem superadas. Sendo assim, tornam-se necessárias discussões relacionadas à necessidade de qualidade assistencial dos Enfermeiros aos Idosos nas Unidades de Saúde da Família⁵.

O reconhecimento do processo de envelhecimento por profissionais de saúde envolvem fenômenos multifatoriais onde são necessários para entender a diversificação de possibilidades de atendimento à população idosa. Durante a assistência ao idoso, o profissional deve considerar algumas limitações, que se não respeitadas dificultarão a melhora do idoso. Através dos pontos supracitados, se pressupõe que os idosos não são atendidos adequadamente nas Unidades de Saúde da Família.

A atenção ao idoso envolve o processo de cuidar no ciclo de vida e nos vários níveis de atenção à saúde, onde se inclui a saúde do idoso, participação na elaboração e implantação dessa política. Desse modo, questionou-se: Como os idosos estão sendo assistidos por Enfermeiros na UBS?

O objetivo do estudo foi verificar a atenção ao idoso pelos Enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família, observando os aspectos que dificultam ou facilitam este cuidado.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Este trabalho foi realizado na Unidade Básica de Saúde Nova União do Bairro Mangabeira II, em João Pessoa. Esta cidade é a terceira Capital do Nordeste com o maior índice de população idosa. Segundo o levantamento, há 74.522 idosos na Capital, que representam 10,3% do total de 723.515 pessoas⁹.

A pesquisa foi realizada em dias úteis dos turnos manhã e tarde, durante os meses de outubro e novembro de 2013. Foi realizada através de uma pesquisa semiestruturada, utilizando um roteiro com questões fechadas e abertas possibilitando aos entrevistados responderem e exporem suas opiniões relacionadas à assistência de enfermagem ao idoso. O uso do roteiro de entrevista semiestruturado “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade”, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações¹⁰.

No contato com os participantes, foram passados os objetivos da pesquisa, a sua importância, além da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, os quais foram assinados com a garantia do anonimato e procedimento para coleta, ficando os pesquisadores à disposição da entrevistada para quaisquer dúvidas sobre a pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram 10 idosos, usuários cadastrados da Unidade Básica de Saúde Nova União. Como critérios de inclusão foram considerados aptos os idosos moradores na área de abrangência da unidade de saúde Nova União, atendidos pelo Enfermeiro.

A análise dos dados coletados foi realizada mediante a técnica de Análise do Discurso¹¹. A referida técnica é indicada nas pesquisas qualitativas, tendo como princípio básico ao “receber um texto onde tudo parece mais ou menos disperso, reconhecer o nível abstrato (temático) que lhe dá coerência”¹².

O projeto foi realizado mediante aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, CAAE 21556713.2.0000.5179, cujo Protocolo nº 183/13. Em seguida, foi direcionado à Secretaria Municipal de Saúde e ao Distrito Sanitário III, para aprovação da gestão desta área. Após a autorização e encaminhamento da pesquisa à Unidade Nova União, foi iniciada a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados foram extraídos das respostas dos usuários segundo o roteiro de entrevista, a saber: quais atividades são realizadas pela enfermagem com os idosos? Como é realizado acolhimento e as visitas domiciliares aos idosos? Como é realizado o programa de educação permanente na área do envelhecimento saudável?

Os participantes foram identificados por (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10). Os temas mais relevantes encontrados durante a Análise de Discurso¹² foram: falta de acompanhamento contínuo nas atividades de enfermagem voltadas aos idosos; pouca participação da enfermagem na assistência domiciliar e acolhimento; descompromisso da enfermagem ao programa de incentivo para o envelhecimento saudável. Assim, a categoria empírica identificada pela pesquisa, à luz da Análise do Discurso foi: **Desarticulação entre as ações de Enfermagem ao idoso, conforme os programas ministeriais e o que é visto na prática.**

As ações da Atenção Básica desenvolvidas pelo enfermeiro na unidade básica de saúde são: realizar atenção integral às pessoas idosas; realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares; se necessário, solicitar exames complementares, realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos; controle da hipertensão e Diabetes Mellitus entre outros¹³.

A falta de acompanhamento contínuo nas atividades de enfermagem voltadas aos idosos foi observada durante a entrevista, através dos relatos a seguir:

“Comigo nenhuma atividade era realizada pela enfermeira”. (D1, L1)

“As atividades de enfermagem só são realizadas na primeira consulta do hiperdia”. (D2, L1-L2)

“As atividades de enfermagem são realizadas na primeira consulta, caso durante o acompanhamento tenha alguma alteração, a enfermeira, se tiver tempo, vem orientar o que fazer”. (D3, L1-L4)

“As atividades realizadas pela enfermeira é o citológico e exame de mama”. (D5, L1-L2)

“As atividades de enfermagem realizadas pela enfermeira: citológico, exames de mama, PA” (D7, L1-L2)

“A enfermeira do grupo de idosos acompanha nosso controle no hiperdia, faço com a enfermeira é o citológico e exame de mama”. (D8, L1-L3)

“Minhas atividades realizadas com a enfermeira é o citológico, exame de mama, solicitação de exames e só”. (D9, L1-L2)

Conforme relatos supracitados percebe-se que as atividades desenvolvidas com os idosos limitam-se a verificação da Pressão Arterial, e ao programa Hiperdia, ou seja, as ações de saúde que deveriam ser desenvolvidas pelos enfermeiros para promover o envelhecimento saudável, não estão sendo priorizados. Tal achado remete ao descompromisso e desatenção destes profissionais. Durante a coleta dos dados, no campo da pesquisa também foi notório a falta de qualificação profissional para o incremento dessas atividades com qualidade.

A capacitação de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família é insuficiente para a atenção à saúde do idoso, sendo necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, abrangendo a prevenção, a reabilitação e a melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença¹³. Esse esforço deve extrapolar a formação especializada, destacando-se a centralidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem para a atenção aos idosos.

A pouca participação da Enfermagem na assistência domiciliar e acolhimento na pesquisa, sendo associada pela falta de estrutura e qualificação dos serviços prestados ao idoso, foi outro problema encontrado durante a análise dos dados. Na Política Nacional de Humanização, destaca-se o “Acolhimento”, que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde. Este serviço deve ser realizado por toda equipe e nas atribuições de enfermagem¹³.

É importante destacar que todo trabalho da equipe da Atenção Básica deve sempre buscar o máximo de autonomia do usuário frente as suas necessidades, proporcionando condições para melhor qualidade de vida à pessoa idosa. Onde o profissional deve compreender as especificidades dessa população.

A visita domiciliar é o momento que podemos estabelecer o cuidado aos usuários da comunidade, que deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a completar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, dando um suporte adequado às necessidades do cuidado à pessoa idosa¹³. Quanto ao acolhimento aos idosos na Unidade de Saúde, foram obtidos os seguintes relatos:

“O acolhimento é sempre feito pelo agente e as visitas também”. (D1, L2)

“O acolhimento é feito pelo agente, dentista e médico, mas raramente pela enfermeira. As visitas são realizadas pelo agente”. (D4, L3-L4-L5)

“O acolhimento sempre feito pelo agente, dentista ou médico. As visitas também pelo agente”. (D8, L4-L5)

“O acolhimento é feito pelo agente, mas quando fiz uma cirurgia recebi a visita da enfermeira e da médica”. (D9, L3-L4-L5)

Pode-se observar que as respostas apontaram para a falta de acolhimento e visitas realizadas pelo enfermeiro, deixando assim de cumprir as atribuições de enfermagem adequada. No processo de trabalho das equipes, os ACS assumem boa parte do acompanhamento de usuários (muitos deles idosos) não incluídos nas ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Esforçando-se para identificar situações de risco, marcam consultas e tomam decisões, a partir das necessidades da comunidade.

A atenção aos idosos pareceu estar diluída no meio das diferentes ações programáticas. O modelo existente de atenção aos idosos ainda não é adequado, pois não atende totalmente as suas necessidades, os problemas de saúde do idoso, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado e equipes multidisciplinares. Qualificar profissionais de saúde para assistência aos idosos é essencial e nenhum gestor pode se furtar a essa necessidade. Portanto, quantificar também é essencial, uma vez que há falta de profissionais nos serviços para esta atenção⁵.

O programa de educação permanente na área do envelhecimento saudável é de grande importância para uma melhor qualidade de vida da população idosa, incentivando sua autonomia e o autocuidado.

Algumas estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde têm como objetivo alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, em especial da população idosa, por exemplo: alimentação saudável para pessoas idosas; Prática Corporal/Atividade Física; trabalho em grupo com pessoas idosas; controle da hipertensão e diabetes¹⁴.

O Pacto pela Vida firma o compromisso dos gestores e determina prioridades na atenção à saúde ao idoso por meio de formação e educação contínua dos profissionais da saúde que atuam no sistema de saúde brasileiro. Evidencia-se, na prática, escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, como a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. Ainda são encontrados idosos em longas filas de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar⁶.

O descompromisso da Enfermagem ao programa de incentivo para o envelhecimento saudável pode ser destacado nos seguintes relatos:

“A orientação, eu mesmo tenho consciência da importância de uma boa alimentação, caminhada...”. (D1, L4-L5)

“Educação sobre envelhecimento saudável é dado pelo médico”. (D2, L6-L7)

“É feita pela médica...”. (D5, L5)

“Não participo do grupo... não tenho incentivo”. (D6, L6)

“O incentivo é feito pela enfermeira”. (D7, L6)

“Sobre o envelhecimento saudável, participo do grupo de idosos com palestra, orientação sobre alimentação, exercícios entre outros”. (D8, L7-L8-L9)

“Participo do grupo de idosos no incentivo de um envelhecimento saudável...”. (D9, L7-L8)

Podemos analisar, através das respostas, a pouca participação da Enfermagem nessa atividade que é de grande importância para a população idosa. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a

atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida mediante a promoção do envelhecimento saudável.

Como as necessidades e demandas dos idosos variam, é preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado e qualificado¹⁴.

Há necessidade de ampliar a promoção da saúde, na perspectiva da atenção básica, mediada pelo compromisso ético, social e político e envolver o idoso como partícipe de seu bem-estar, ampliando a participação social no SUS⁵. O modelo existente de atenção aos idosos ainda não é adequado, pois não atende totalmente as suas necessidades.

Ao analisar estas respostas, podemos observar que as atribuições de enfermagem não estão sendo desenvolvidas com qualidade para proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses idosos, cujos direitos estão sendo desrespeitados.

Alguns participantes frequentavam a unidade com mais assiduidade, com isso, podiam fazer parte do grupo de idosos e outros incentivos oferecidos pelo ele, contudo, pode-se observar que uma grande parte dos usuários não é atendida. O nível de satisfação e orientação sobre um envelhecimento saudável não estão articulados ao que é preconizado pelo estatuto do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados obtidos na pesquisa, percebe-se que os Enfermeiros estão deixando de acolherem os idosos na Unidade Básica de Saúde, sendo realizado por outros profissionais. Além disso, foi possível identificar *in loco* que os serviços prestados pela unidade não estão atendendo todas as necessidades geriátricas, conforme programas elaborados pelo Ministério da Saúde. Tal omissão, via de regra, remete a práticas incorretas ou incompletas pelo idoso e família.

A contribuição da pesquisa foi relevante, pois revelou a necessidade de mudanças para o melhor atendimento a esse grupo, com uma boa qualificação profissional e a realização de programas já existentes para a contribuição de um envelhecimento saudável e ativo desses idosos. Tendo como prioridade a participação da Enfermagem no acolhimento e cuidado dos idosos, buscando acompanhá-lo nas suas necessidades específicas durante seu processo de envelhecimento.

Entretanto, o trabalho teve como importância a apresentação da realidade quanto ao acolhimento do idoso, pela visão do próprio usuário, apresentando de modo transparente as ações percebidas por quem recebe a atenção. Desse modo, a falta de interesse aos idosos, pelos Enfermeiros, apreendida no decorrer do trabalho, desarticulam-se às ações preconizadas no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Assim, conclui-se que a assistência da enfermagem está sendo negligenciada e precisa ajustar-se para a satisfação do serviço prestado ao idoso, nas Unidades de Saúde da Família.

NURSING CARE FOR THE ELDERLY IN FAMILY HEALTH UNIT

ABSTRACT

Aging is a biological process, and can't be confused with a disease; the need for knowledge about the phenomena that permeate human aging emerged in the early

twentieth century, so studies were developed to present the attributes belonging to this stage of development, such studies stimulated the formation of an area known as health gerontology. This project aimed to determine the knowledge of the elderly regarding nursing care in the Family Health Unit New Union, the city of Joao Pessoa-PB; identifying which assists the activities performed by the Nurse and reported by the elderly, occurs with higher quality. In order to reflect on nursing care for the elderly in the Family Health Units, noting aspects that hinder or facilitate this care. Using the type of exploratory and descriptive qualitative research, as a tool for data collection one semistructured interview consisting of questions related to nursing care for the elderly was conducted. The subjects were ten elderly users of Basic Health Unit New Union Inclusion criteria were considered elderly residents in the area covered by the Health Unit New Union that are supplied by the Nurse. This project was conducted with the approval of the New Hope School of Nursing Ethics Committee, CAAE n.21556713.2.0000.5179, with protocol 183/13. This research was conducted in accordance with Resolution 466/2012 CNS was observed in the study lack of commitment to these professional services to the elderly, the encouragement of healthy aging by stimulating their autonomy, self-care, being active. It can be concluded from the results that a great need for change in service and professional qualifications of the Family Health Units to achieve the level of satisfaction of this population.

Keywords: Nursing. Health Policy. Elderly.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho Filho ET, Papaleo Neto OM. Geriatria: Fundamentos Clínicos e Terapêuticos. 2^a ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogran; 2006.
3. Brasil. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. 2010. [acesso em: 15 mar. 2013]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf.
4. Brasil. Portaria n. 648 28 de março de 2006. Brasília; 2006. [acesso em: 10 de mar. 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
5. Brasil. Portaria n 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília; 2006. [acesso em: 27 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeddaPessoaldosa.pdf>
6. Brasil. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. 2006. [acesso em: 16 mar. 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt_0399_22_02_2006.html.
7. WoldBank. Disability and the Fight Against Poverty. Development outreach is a flagship magazine in the field of global knowledge for development special report.

July 2005 [acesso em 27 jul 2015]

Disponível em: <http://www1.worldbank.org/devoutreach/index.asp>

8. Araújo MAS, Brito C, Barbosa MA. Atenção Básica à Saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. 2008. [acesso em: 21 mar. 2013].

Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume2-numeroartigo06.pdf>.

9. Paraíba. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. [acesso em: 19 abr. 2013].

Disponível em: http://www.mp.pb.gov.br/arquivos/psicosocial/programas/distritos_sanitarios.pdf.

10. Manzini EJ. Análise de Objetivos e de Roteiros. Entrevista Semiestruturada; 2003. [acesso em: 19 abr. 2013].

Disponível em: <http://www.sepq.org.br/lisipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>.

11. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: Contexto/Edusp; 1999.

12. Silva ATMC, et al. Relatório da disciplina Elementos de Análise de Discurso Aplicados à Pesquisa de Enfermagem. Mimeografado; 2000.

13. Brasil. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno da Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2006. Brasília, 2006c. [acesso em: 08 abr. 2013].

Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf.

14. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CPE. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2011. Abr. 27(4).

Recebido em: 09.02.15 Aceito em: 28.07.15
--

SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: AVALIAÇÃO DO PERFIL SEXUAL DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Ludmila Barbosa Oliveira¹
Rodrigo Vergetti Baía²
Anna Raquel Temoteo Delgado²
Kay Francis Leal Vieira³
Adriana Lira Rufino de Lucena⁴

RESUMO

A sexualidade corresponde a uma função vital humana, na qual intervém múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais transmitidos de geração em geração. A prática sexual não se extingue com o envelhecimento, desmistificando a ideia de que o idoso é um ser assexuado. Objetivou-se, portanto, analisar o perfil sexual de um grupo de idosos não institucionalizados, bem como analisar os fatores que interferem na atividade sexual. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com idosos participantes do Projeto de Extensão “Envelhecimento Saudável: integração ensino comunidade na promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa” das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. A amostra foi composta por 67 idosos que responderam a um questionário. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes (73,1%) eram sexualmente inativos, os quais, em sua maioria, relataram não sentir mais interesse por relações sexuais, mesmo reconhecendo a importância do sexo no envelhecimento. Quanto aos idosos ativos, a maioria (27,7%) realizam a prática quatro vezes por mês, sentiam-se satisfeitos após o ato (97,4%), tinham privacidade em suas casas (88,9%) e perceberam, com o passar dos anos, a presença tanto de alterações fisiológicas (72,2%) quanto relacionadas ao desejo (77,8%). Embora a amostra não represente um quantitativo estatístico suficiente para o município, pode-se inferir que é possível a manutenção da vida sexual na velhice, ressaltando-se que se trata de um desejo individual de cada um, mas que, se desejado, pode proporcionar uma melhora na qualidade de vida e bem estar a essa população.

Palavras-chave: Sexualidade. Envelhecimento. Idoso.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Extensionista do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável. End.: Rua Sidney Clemente Dore, 330 apto. 703, Tambaú. João Pessoa-PB. E-mail: milaboliveira@hotmail.com.

² Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Extensionistas do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável. João Pessoa, Paraíba. E-mail: rodrigo_vergetti@hotmail.com annatdelgado@gmail.com

³ Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Colaboradora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba. kayvieira@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Educação pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (CINTEP). Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Coordenadora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável. João Pessoa, Paraíba. adriana.rufino@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial destaca-se pela significativa rapidez com a qual vem ocorrendo e estima-se que, em 2050, uma em cada cinco pessoas na população mundial terá mais de 60 anos, representando 2 bilhões de pessoas idosas, sendo destes 50 milhões de brasileiros.¹

A elevação da expectativa de vida da população brasileira foi possível, graças aos avanços tecnológicos da ciência, investimentos em prevenção e educação para a saúde, descoberta de vacinas, novos medicamentos e cura para diversas doenças, interferindo, assim, no processo de envelhecimento.

Do ponto de vista do ciclo vital, o envelhecimento é um processo biopsicossocial, caracterizado por mudanças fisiológicas, psicológicas e nos papéis sociais, sendo o mesmo peculiar à individualidade de cada ser e que acontece pela ação do tempo². Para que o mesmo ocorra de maneira bem-sucedida, é necessário que haja, por parte do idoso, uma adaptação em relação às limitações físicas, sociais e emocionais, a fim de que o mesmo conquiste serenidade e satisfação com a vida, mesmo com a idade avançada³, retificando que o envelhecer não significa, necessariamente, o acúmulo de perdas e abandono de perspectivas⁴.

A sexualidade é considerada uma parte integrante da personalidade do ser humano. Seu desenvolvimento se completa com a satisfação das necessidades humanas básicas, como o desejo de contato, intimidade, expressão emocional, amor e carinho; além de criar laços de união mais intensos com outra pessoa, estabelecendo, assim, uma forma de comunicação que visa o prazer, o bem-estar, a autoestima e a busca por uma relação íntima^{5,6}.

A sexualidade faz parte da natureza humana e obedece a uma necessidade fisiológica e emocional. Manifesta-se de forma diferente nas fases progressivas do desenvolvimento e sua expressão é determinada pela maturidade orgânica e mental⁶. Quando relacionada ao envelhecimento, a sexualidade remete a mitos e estereótipos levando idosos à condição de pessoas assexuadas, e conseqüentemente representando um tabu, influenciando negativamente na vida dos mesmos³.

O mito da velhice assexuada atualiza-se no cotidiano, o que reforça a imagem de que o idoso que expressa a sexualidade com naturalidade apresenta desvio³. Essa visão é considerada fruto de uma educação muito severa, cheia de conceitos e preconceitos repressores. Todos esses fatores acrescidos à falta de conhecimento induzem a uma atitude pessimista sobre o sexo na velhice⁷.

Durante muito tempo, a sociedade vem ditando certos padrões de comportamento, que limitam a sexualidade humana a um período compreendido entre a puberdade e o início da maturidade⁷. Associado a esses, a crença na progressiva e generalizada incompetência, assim como na impotência sexual dos idosos, vem compondo grande parte dos preconceitos lançados por esta.

Acuados entre as múltiplas exigências que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos idosos enfrentam constantemente dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo, aqueles relativos à sexualidade que a sociedade atentamente vigia e sanciona².

Além dos padrões impostos, o idoso ainda tem que lidar com os inúmeros desafios inerentes ao processo de envelhecimento, como as alterações fisiológicas, que tornam o organismo mais susceptível às doenças e às alterações psicológicas, que podem demandar o medo, a depressão e o isolamento social, impedindo cada vez mais essa parcela da população de expressar sua sexualidade.

Por ser um tema de grande relevância e que influencia diretamente a vida do idoso, a sexualidade é reconhecida atualmente como um dos pilares da qualidade de vida, sendo sua abordagem cada vez mais frequente e valorizada⁸, confirmando seu valor no campo da saúde e da medicina.

Frente ao exposto, o presente estudo objetivou analisar o perfil sexual de um grupo de idosos não institucionalizados, bem como analisar os fatores que interferem na atividade sexual.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa, realizado nas Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, especificamente no projeto de extensão universitária “Envelhecimento Saudável: integração ensino – comunidade na promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa”.

A amostra foi composta por 67 idosos, de ambos os sexos, que responderam a uma entrevista semiestruturada, contendo itens referentes aos dados socioeconômicos, bem como à avaliação de sua prática sexual. Os idosos foram escolhidos através da técnica não probabilística de conveniência, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrado e frequentar o grupo regularmente e apresentar condições físicas e cognitivas para responder aos instrumentos no momento da coleta dos dados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, sob o Protocolo de nº 68/2014 e CAAE: 30768214.1.0000.5179 e seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Para análise dos dados, os idosos foram classificados em dois grupos, a saber: idosos sexualmente ativos e idosos sexualmente inativos. Para aqueles que se diziam inativos, investigou-se a existência do desejo e a importância da prática sexual durante o processo de envelhecimento. Já para aqueles que se consideravam sexualmente ativos, foi questionada a frequência, a satisfação, a importância e a privacidade, bem como as mudanças decorrentes do envelhecimento percebidas pelos idosos.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 67 idosos, destes, 9% (n=06) eram do sexo masculino e 91% (n=61) feminino. A idade dos participantes variou de 60 anos a 89 anos, onde 40,3% possuíam idades entre 60 e 69 anos; e 55,2% encontravam-se na faixa dos 70 a 79 anos. Já aqueles que tinham idade entre 80 a 89 eram a minoria (4,5%). Quanto ao estado civil, 47,8% (n=32) dos idosos se declararam casados. Já os viúvos representaram 41,8% do total (n=28). 7,4% da amostra era composta pelos separados (n=5) e o restante (3%) era constituído pelos solteiros (n=2).

Em relação à sexualidade, os entrevistados foram inicialmente classificados em sexualmente ativos e sexualmente inativos. O primeiro grupo representou 73,1% (n=49) do total de entrevistados, enquanto que os que tinham uma vida sexual ativa representaram 26,9% da amostra (n=18).

Tabela 1- Avaliação das práticas sexuais pelos idosos inativos sexualmente.

Variável	N	%
----------	---	---

Desejo		
Sim	22	45
Não	27	55
Importância		
Sim	25	51
Não	24	49

Fonte: Dados da pesquisa

Dos que se declaravam inativos, a maioria relatou não sentir mais interesse pelas relações sexuais, embora uma significativa parcela desses idosos tenha relatado que ainda sentiam desejo em relação à prática. Para estes, também foi questionada a importância do sexo, onde 51% afirmaram que o achavam importante, mesmo na velhice. Já o restante, ou seja, 49% declararam não ver importância nenhuma no ato sexual na idade avançada.

Tabela 2 - Avaliação das práticas sexuais pelos idosos ativos sexualmente.

Variável	N	%
Frequência média		
1 vez ao mês	03	16,7
2 vezes ao mês	04	22,2
3 vezes ao mês	03	16,7
4 vezes ao mês	05	27,7
8 vezes ao mês	03	16,7
Satisfação após o ato		
Satisfeitos	17	97,4
Insatisfeitos	01	5,6
Privacidade para realizar o ato		
Sim	16	88,9
Não	02	11,1
Alterações fisiológicas		
Sim	13	72,2
Não	05	27,8
Alterações no desejo sexual		
Sim	14	77,8
Não	04	22,2
Importância		
Sim	14	77,8
Não	04	22,2

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 2 demonstra a avaliação do grupo composto pelos idosos que possuíam vida sexual ativa. Para estes, investigou-se a frequência com que faziam sexo, a satisfação após o ato, a privacidade, a percepção das mudanças físicas e psicológicas decorrentes do envelhecimento, bem como a importância das práticas sexuais para a pessoa idosa.

DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil dos idosos, verificou-se que a maioria dos idosos era do sexo feminino (91%), com prevalência da faixa etária entre 70 e 79 anos (55,2%). Esse maior índice de idosos do sexo feminino pode ser explicado pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, haja vista que, em média, as mulheres vivem

oito anos mais que os homens. Diversas hipóteses podem explicar a prevalência das mulheres em relação aos homens no Brasil. Entre elas, temos as diferenças na exposição a risco de acidentes de trabalho, trânsito, homicídio e suicídio; o maior consumo de tabaco e álcool, favorecendo a ocorrência de doenças neoplásicas e cardiovasculares com maior frequência entre os homens; e também a atitude em relação às doenças, em que as mulheres possuem maior adesão ao tratamento⁹.

Pode-se também observar, quanto ao estado civil dos entrevistados, que a maioria dos idosos era casada (47,8%), ficando os viúvos em segundo lugar (41,8%). A redução da mortalidade na idade adulta pode ser considerada como uma das causas da diminuição da viuvez e um aumento na proporção de casados¹⁰. Contudo, esse grande número de viúvos também pode ser encarado como o resultado da dificuldade dos mesmos em encontrar um companheiro na mesma faixa etária, bem como um reflexo da insatisfação dos relacionamentos anteriores, fazendo com que esses idosos optem por viverem sozinhos.

Com relação à prática sexual dos idosos, pode-se verificar que aqueles que tinham vida sexual inativa compuseram 73,1% dos entrevistados. A maior incidência de idosos com vida sexual inativa, em parte, pode ser justificada pelo grande percentual de viúvos constatados na amostra, o que dificulta a realização das práticas sexuais na velhice.

Embora em menor percentual, 26,9% dos idosos relataram ter vida sexual ativa, demonstrando que é possível a manutenção das práticas sexuais na velhice. Através da análise da literatura, percebe-se que é normal que, com avançar da idade, ocorra um declínio da atividade sexual, verificando que as relações de sedução podem ser mais facilmente reconhecidas e reivindicadas do que o próprio ato sexual⁷. A sexualidade encontra-se além do impulso e do ato sexual e, para muitas pessoas, ela oferece a oportunidade de expressar estima, afeto, lealdade e traz consigo a possibilidade de emoção, ternura e romance⁴.

Dentre os que responderam que não mais realizavam a prática sexual, 55% declararam que, além de não praticar, também não tinham nenhum tipo de desejo relacionado ao sexo. Esse dado pode ser interpretado como reflexo do sentimento de sentir-se incapaz sexualmente, da falta de comunicação entre os parceiros, da viuvez mal assumida, da interrupção prolongada da vida sexual, da resistência dos filhos e da família, do estilo de vida, das falsas crenças e mitos adquiridos com o passar dos anos⁷. Dessa forma, vê-se a notória influência da cultura na forma como cada geração expressa sua sexualidade, pois a mesma estabelece normas e comportamentos, criando tabus e preconceitos, impedindo cada vez mais de o idoso exercer a sexualidade.

Quanto à importância, mesmo sem realizar a prática, 51% dos entrevistados admitiram que o sexo é importante para a vida dos idosos. Esse dado leva em consideração a relevância do sexo para as pessoas idosas, reafirmando que a regularidade da atividade sexual garante o bem-estar físico e psicológico, além de contribuir para a redução de problemas físicos e de saúde mental associados com o envelhecimento¹¹.

Muitos desses idosos que não exercem mais seu papel sexual têm como obstáculo a predisposição às doenças, como as cardiovasculares e as que envolvem o aparelho musculoesquelético, que, nesse caso, são as mais frequentes, além da incapacidade, que pode atuar impossibilitando um dos parceiros, tornando-se a vida sexual a dois um desafio⁵.

Entre os idosos sexualmente ativos, a maioria afirmou que praticava o ato sexual, em média, 4 vezes ao mês. Esse dado mostra que a ideia de que as

peças perdem suas habilidades sexuais à medida que envelhecem não passa de um conceito errôneo. A verdade é que a prática sexual, assim como várias atividades, pode se tornar menos assídua com a idade⁴. O fato de haver uma diminuição das frequências nas atividades sexuais não significa fim da expressão ou do desejo sexual⁴, retificando a ideia de que pode haver a perda em quantidade, mas pode-se ganhar em qualidade⁷.

Nesse direcionamento, investigou-se a satisfação quanto ao ato sexual, onde 94,4% dos entrevistados se consideraram satisfeitos após a relação. É sabido que, durante a velhice, a frequência dos episódios de desejo se torna mais espaçada, independentemente do parceiro, acarretando para os homens uma mudança de padrão de resposta sexual, porém, para aqueles que conseguem se adaptar a essas mudanças, o sexo continua sendo tão satisfatório quanto era na juventude. Já para as mulheres, o sexo também é tão prazeroso quanto era na juventude, embora a excitação seja mais lenta e o orgasmo possa ser acompanhado de um desconforto⁵.

Com relação à privacidade, 88,9% dos idosos em questão afirmaram que possuem em suas casas privacidade suficiente para terem relação sexual, o que contribui fortemente com a manutenção da sexualidade do casal. Sabe-se que a perda da privacidade pode dificultar os relacionamentos afetivos e sexuais, pois, muitas vezes, pessoas idosas vão morar com seus filhos, diferentemente de quando são independentes e têm maior possibilidade de realizar uma vida sexual satisfatória. A convivência com os filhos representa o primeiro passo na dependência e a perda de intimidade, uma vez que estes deixam de ter a liberdade de convidar os amigos e/ou parceiros para uma relação íntima em casa⁶.

Os dados demonstraram que as mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento e que refletem em sua sexualidade fazem parte da realidade de 72,2% da amostra. Com o declínio da produção de estrogênio, as mulheres, eventualmente, podem sentir sintomas como fogachos, suores frios, dores de cabeça, irritabilidade e depressão. Outras podem sentir a vagina ressecada e dispareunia⁴, que, é o sintoma mais frequente das disfunções sexuais da mulher idosa. Isto ocorre devido ao hipoestrogenismo, que causa diminuição do suporte pélvico e da lubrificação dos tecidos urogenitais, causando dor e dificultando a atividade sexual.⁸

O hipoestrogenismo está diretamente relacionado a alguns sintomas, tais como: ondas de calor, sudorese noturna, secura vaginal, enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, dispareunia, insônia, alterações de humor e depressão¹².

O decréscimo gradativo nos níveis hormonais, associado ao processo de envelhecimento feminino, favorece ao desinteresse e à diminuição da frequência de atividade sexual, porém, fatores não hormonais, relacionados com o estado emocional, com a qualidade de relacionamento e com o ambiente, também estão envolvidos na diminuição da libido e da função sexual de mulheres nesta fase da vida⁴. O hipoestrogenismo promove ainda a redução do colágeno cutâneo e alterações na distribuição de gordura, causando mudanças na configuração corporal, o que, por sua vez, afetaria a autoimagem feminina, favorecendo a uma menor autoestima e, indiretamente, a perda do desejo sexual¹².

Em relação às alterações que ocorrem no corpo do homem, sabe-se que, acima dos 65 anos, diminui no homem a capacidade de desenvolver uma ereção total do pênis, o tempo necessário para a ejaculação e a quantidade de sêmen ejaculado⁵. Existe a possibilidade de um homem apresentar ereção até os 80 anos ou mais, principalmente, se ele tiver uma boa saúde física e psicológica¹³. A ereção

pode ser lenta, mas progressiva, só impedida se acompanhada de excessiva ansiedade, entretanto, as pessoas da terceira idade têm, neste momento, a experiência e a paciência que, em geral, são determinantes de um bom envelhecimento sexual. Diversas doenças como cardiopatias, artrose e osteoporose, interferem direta ou indiretamente na atividade sexual dos idosos¹⁴.

Quanto à percepção da existência de alguma mudança em relação ao desejo sexual, 77,8% responderam positivamente. A alteração do desejo sexual, dentre tantos fatores, pode ser motivada, por exemplo, pela insegurança de não conseguir uma ereção. Além dos bloqueios emocionais por parte dos dois parceiros, também podem ocorrer outros impedimentos que interferem na resposta sexual, tais como doenças, ou o uso de medicamentos para tratá-las⁴. Problemas de saúde como diabetes e hipertensão, que podem reduzir ou impedir o interesse pelas práticas sexuais, visto que a má circulação provocada por essas patologias influencia na libido sexual⁴.

Outro fator importante que advém com as mudanças relacionadas do desejo sexual nesta fase é a insatisfação com a própria imagem corporal, relacionada ao aumento do peso⁴, principalmente nas mulheres, conduzindo que as mesmas sejam mais insatisfeitas com sua aparência física, levando à diminuição ou à ausência nas relações afetivas com o outro, condicionadas pela não aceitação de si e, com isso, a alteração do desejo sexual e consequente recusa para o sexo¹³.

Apesar da existência de alguns fatores, o idoso pode ser capaz de manter o interesse pelo sexo até idade bem avançada, mesmo existindo a redução da atividade sexual com o passar do tempo, pois a libido e o desejo sexual são atemporais⁴, podendo os mesmos se modificarem, mas que nunca acabarem, pois ainda existem desejos sentimentais e emocionais pelo companheiro¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade não se extingue com a velhice, sendo possível a manutenção da atividade sexual nessa etapa da vida, proporcionando bem estar e qualidade de vida às pessoas idosas.

Dessa forma, é de fundamental importância a desmistificação de alguns conceitos errôneos que dificultam que os idosos aproveitem esta etapa de suas vidas de uma maneira melhor no que concerne ao campo afetivo e sexual. É certo que, com o envelhecimento, transformações fisiológicas no homem e na mulher acontecem, mas não são inibidoras da atividade sexual, pois a capacidade de amar e de exercer práticas sexuais não têm limite cronológico. O limite está no campo psicológico, no preconceito e na intolerância social.

Os dados obtidos com o grupo avaliado demonstram que é possível uma vivência prazerosa da sexualidade durante a idade avançada, embora se ressalte que a manutenção das práticas sexuais na velhice trata-se de um desejo pessoal de cada um.

Ressaltam-se as limitações do presente estudo, uma vez que o mesmo não faz uma avaliação estatisticamente representativa para o município. Entretanto, torna-se relevante no sentido de que a realidade do grupo de estudo pode se assemelhar aos demais idosos, que, por sua vez, representam um percentual expressivo de usuários do sistema de saúde. Neste sentido é importante que os profissionais de saúde estejam preparados para questionar sobre a vida sexual desses indivíduos, para que os mesmos se sintam confiantes e possam receber orientação, vislumbrando melhor qualidade de vida. É necessário que essa abor-

dagem seja multidisciplinar e livre de julgamentos e preconceitos, considerando as características específicas do homem, da mulher e do casal, para diagnóstico e tratamento direcionado para essa faixa etária.

SEXUALITY AND AGING: PROFILE OF SEXUAL ASSESSMENT OF ELDERLY NOT INSTITUTIONALIZED

ABSTRACT

Sexuality corresponds to a vital human function, which involves multiples factors as biological, psychological, social and cultural that is transmitted generation to generation. The sexual practice does not disappear with aging, demystifying the idea that the elderly is a sexless human. The objective is to analyze the sexual profile of a non-institutionalized elderly group, and analyze the factors that interfere with sexual activity. It's a descriptive study with a quantitative approach, developed with participants in the Project of elderly Extension Healthy Aging: integrating education community in health promotion and disease prevention in the elderly population of Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. The sample consisted of 67 elderly people who answered a questionnaire. The results revealed that the majority of participants (73.1%) were sexually inactive, which, in most cases, reported not feeling more interest in sex, although they recognize the importance of sex in aging. As for active seniors, the majority (27.7%) perform the practice four times a month, they felt satisfied after the act (97.4%), had privacy in their homes (88.9%) and realized that over the years they have the presence of physiological changes (72.2%) and changes related to desire (77.8%). It was found that the maintenance of sex life in old age is possible, although it should be emphasized that this is an individual desire, but if the elderly desires, this can provide quality of life and well-being to this population.

Keywords: Sexuality. Aging. Elderly.

REFERÊNCIAS

1. Silva VXL, Marques APO, Lyra J, Medrado B, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde soc.* 2012 Mar;21(1):171-180.
2. Fernandes MGM. Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: O olhar de gênero e geração. *Rev Enferm UERJ* 2009. Jul-Set; 17(3):418-22.
3. Coelho DNP, Daher DV, Santana RF, Santo FHE. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. *Rev Rene* 2010; 11(4):163-173.
4. Gradim CVCS, Magalhães AM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enfermagem*; Nov 2009.
5. Moraes KM, Vasconcelos DP, Silva ASR, Silva RCC, Santiago LMM, Freitas CASL. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro; 2011.

6. Antunes ESDC, Mayor AS, Almeida T, Lourenço ML. Considerações sobre o amor e a sexualidade na Maturidade. , v. 14. Pensando famílias, 2010.
7. Frugoli A, Magalhães-Júnior CAO. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. v. 15. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, jan./abr. 2011.
8. Politzer AA, Alves TMB. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. Fisioter mo; 2009.
9. Maschio MBM, Balbino AP, Souza PFR, Kalinke LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre; Set. 2011.
10. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-76.
11. Fleuryi HJ, Abdo CHN. Envelhecimento, doenças crônicas e função sexual. Sexual Dysfunction. 2012;3:9.
12. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério Júnior J, Amaral RLG, Gonçalves AKS. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. v. 34. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro. July 2012.
13. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2015;19(8).
14. Cardoso FL, Mazo GZ, Silveira RA, Virtuoso JF, Menezes EC. Da juventude à velhice: sexualidade de idosos praticantes de atividade física. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2012;41:34-40.

Recebido em: 09.03.15 Aceito em: 20.08.15
--

IDOSOS COMUNITÁRIOS: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Ryanne Pinheiro Monteiro¹
Luís Renato Cardozo Custel da Silva¹
Clarissa Leite de Menezes Ferraz Gomes¹
Adriana Lira Rufino de Lucena²
Kay Francis Leal Vieira³

RESUMO

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno extremamente perceptível, ocorre de forma mais notória em países emergentes. Atualmente, busca-se para esse público uma melhor qualidade de vida, ressaltando, a importância de se compreender os conhecimentos, experiências e valores individuais e comunitários. Nesse sentido, os grupos de convivência constituem importante ferramenta de suporte psicossocial e afetivo para a pessoa idosa. Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizada com 30 idosos participantes do Projeto de Extensão “Envelhecimento Saudável” da FACENE/FAMENE que responderam ao WHOQOL-old e a um questionário sócio-demográfico, no período de março a dezembro de 2014. Houve predomínio do sexo feminino (83,3%), a maioria viúvas; baixo poder aquisitivo (33,3%) e baixa escolaridade (76,7%). Em relação à avaliação da qualidade de vida dos participantes, verificou-se que os maiores escores foram nas facetas Participação Social (3,56) e Atividades Passadas, Presentes e Futuras (3,56), enquanto que o Funcionamento Sensorial (2,81) e Morte e Morrer (2,85) apresentaram os menores. Para ofertar a população idosa melhor qualidade de vida, torna-se fundamental investigar e identificar os fatores físico, biológico, psicológico, social e o estilo de vida adotado pela pessoa e, assim, sugerir formas de atender essas necessidades, como também estimular a inserção social, como a participação em grupo de convivência, almejando a manutenção do equilíbrio biopsicossocial.

Palavras-chave: Idoso. Centro de Convivência. Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno extremamente perceptível, que vem ocorrendo de forma mais notória em países emergentes. No Brasil, a população idosa representa 9,6% da população geral e se estima que esse percentual chegará a 15% em 2020¹.

O crescimento da expectativa de vida está diretamente relacionado às mudanças positivas na qualidade de vida da população, como: melhoria nas condições de higiene, controle das enfermidades, melhores condições de moradia e alimentação. Destaca-se, ainda, o declínio nas taxas de natalidade como fator desencadeante do processo de envelhecimento populacional².

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). End.: Rua Severino Nicolau de Melo, 225, Residencial Matisse, apto 604, Bairro Jardim Oceania. João Pessoa-PB. CEP: 58037-700 Tel.: (83)9990-8766. E-mail: ry_monteiro@hotmail.com.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE.

³ Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE.

A qualidade de vida do idoso tem relação direta com o bem-estar percebido, uma vez que a velhice não se reduz a um simples fenômeno biológico. Mais do que isso, o envelhecimento é um fenômeno social, extremamente relacionado à forma como o idoso se sente, vive, relaciona-se com a vida e com os demais indivíduos. Deste modo, verifica-se que essa fase é determinada também pelo contexto social, onde as alterações sociais, físicas e psicológicas são afetadas pelo contexto no qual está inserido, ou seja, o ambiente e suas peculiaridades podem ser facilitadores ou obstáculos no comportamento do ser humano³.

Dessa forma, a qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam, em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, logo, é uma construção social com a marca da relatividade individual. Assim, é de fundamental importância investigar a qualidade de vida na velhice, para que possa haver um trabalho profilático nessa fase do desenvolvimento que englobe suas relações sociais, como fatores de saúde mental e de desenvolvimento. Nesse sentido, os programas comunitários ou grupos de convivência constituem-se importantes ferramentas de suporte psicossocial e afetivo para a pessoa idosa, porque proporcionam vivências e afetos que não são experimentados pelo idoso em sua própria família.⁴

A velhice, aos poucos, vem sendo concebida como uma etapa onde é possível se viver com prazer, satisfação e realização pessoal, de maneira mais madura e produtiva. Desta forma, são defendidas novas posturas de atendimento, oferta de serviços e atividades ao idoso, compatíveis com a nova e real imagem do envelhecimento⁵.

Nessa ótica, diante do processo inegável de envelhecimento populacional, surge a necessidade de proporcionar aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas melhores condições físicas, psíquicas e sociais. Para isso, é necessário realizar uma avaliação multidimensional do idoso, observando os critérios sócio-normativos e intrapessoais, buscando ter referências tanto das relações atuais quanto às passadas⁶.

Acredita-se ser de fundamental importância para melhoria da qualidade de vida do idoso sua inserção em grupos de convivência, pois as atividades sociais contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial, quanto para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais. A formação de grupos de convivência para idosos constitui-se uma das formas de agregar e socializar a pessoa idosa e tem se difundido em todas as localidades do país. Dentre os benefícios proporcionados por esses programas socioeducativos direcionados para a população idosa, podemos destacar: aquisição de conhecimentos; promoção de efeito terapêutico, que beneficia a saúde física e psicológica; formação de redes de apoio social e afetivo, com a promoção de vínculos de amizade e trocas de experiências; promoção de um espaço de lazer, tendo em vista as dinâmicas, as brincadeiras, os passeios e as viagens que realizam, objetivando assim um envelhecimento saudável⁷.

A frequência dos idosos nesses grupos é de extrema importância, haja vista que o convívio social promove a manutenção e a ampliação do seu ciclo de amizade, o que poderá transmitir mais segurança e suporte social. De maneira geral, os idosos, inicialmente, buscam, nos grupos de convivência, melhorar sua saúde por meio de exercícios físicos. Posteriormente, as necessidades aumentam, e eles passam a se interessar por outras atividades, como aula de pintura, bordado e,

até mesmo, alfabetização, porém, sem a preocupação com programas dirigidos à educação permanente, mas como atividades ocupacionais lúdicas⁸.

Assim, aos poucos, vão percebendo a importância da convivência grupal e das terapias ocupacionais como uma forma de promover sua saúde física e, principalmente, a mental. Frente ao exposto, o presente estudo objetivou mensurar a qualidade de vida de idosos frequentadores de um grupo de convivência localizado no município de João Pessoa-PB.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa realizada com 30 idosos, participantes do Projeto de Extensão “Envelhecimento Saudável” da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), em João Pessoa, Paraíba, no período de março a dezembro de 2014.

Os idosos, de ambos os sexos, foram selecionados de forma intencional, atendendo aos critérios de inclusão: participar do projeto há no mínimo 1 ano e apresentar condições físicas e psicológicas para responderem aos instrumentos no momento da coleta dos dados.

Para a condução do estudo, foram contemplados todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança–FACENE/FAMENE, sob Protocolo nº 68/2014; CAAE: 30768214.1.0000.5179.

Os participantes responderam ao WHOQOL-old e a um questionário sócio-demográfico. O primeiro refere-se a um instrumento de avaliação da qualidade de vida proposto pela OMS, composto por 24 itens, com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas, cada uma composta por quatro itens. O questionário sócio-demográfico objetivou investigar o perfil dos participantes da pesquisa, coletando informações como idade, sexo e estado civil. Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS em sua versão 20.0 utilizando-se da estatística descritiva.

A coleta dos dados foi realizada de forma individual em local reservado e livre de interrupções, objetivando-se a preservação do sigilo das informações. Os idosos foram previamente informados a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Em seguida, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e para os idosos não alfabetizados solicitou-se a impressão datiloscópica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da amostra 30 idosos com idades entre 60 e 79 anos (Média= 68, 2 e Desvio Padrão= 5,37). Destes, observou-se predominância do sexo feminino (83,3%). No que concerne ao estado civil, os casados predominaram com 50%, seguido pelos viúvos (33,3%); a renda salarial de até 1 salário mínimo predominou em 76,7%; com relação à escolaridade 73,3% dos participantes possuía o ensino fundamental incompleto; e, no que diz respeito à convivência em casa, constatou-se que 36,7% moravam com o cônjuge, seguidos de 33,3% com os filhos e 26,7% sozinhos.

Constatou-se na amostra pesquisada uma maior participação de idosos do sexo feminino, infere-se que este fato pode ser explicado pelo motivo de que, além do maior interesse delas pelos grupos de convivência, se preocuparem mais com a saúde, indo com maior frequência ao médico, como também, as causas violentas de óbito atingirem com maior frequência os homens⁹.

O número absoluto de mulheres idosas tem sido superior, no Brasil, quando confrontado com o de homens de 65 anos ou mais. Essa situação decorre da existência de mortalidade diferencial por sexo, determinada pela heterogeneidade das diversas doenças crônicas e da capacidade funcional, podendo inclusive ser responsável por diferentes níveis de comprometimento de qualidade de vida¹⁰.

É importante destacar que a maioria das mulheres desse estudo eram viúvas, enquanto que todos os homens eram casados, fato este que coincide com outras pesquisas como de Arantes e Côrte¹¹ sobre a longevidade entre os sexos e o estado civil, onde foi observado, inclusive, que os idosos sem companheiros viviam menos, de certa forma, indicando a proximidade do final da sua existência.

Contudo, a perspectiva de outros especialistas em envelhecimento é mais otimista quando afirmam que a velhice feminina e a viuvez podem representar a possibilidade de autonomia e realização, ou seja, a velhice e a viuvez podem ser vivenciadas por mulheres a partir de uma nova perspectiva, que inclui um maior convívio social e interpessoal.⁹

Em relação à renda, verificou-se que a maioria dos participantes recebia apenas um salário mínimo. O baixo poder aquisitivo é uma realidade caracteristicamente marcante da população idosa, principalmente na região Nordeste do Brasil, sendo sua principal fonte de rendimento oriunda da Seguridade Social, ou seja, de aposentadorias, pensões ou benefícios da Assistência Social.

A situação de baixa renda e o envelhecimento dificultam as condições mínimas para sobrevivência, como alimentos, habitação, medicação adequada e outras necessidades da vida. A associação de baixos níveis socioeconômicos com piores condições de saúde tem sido documentada, por meio de estudos populacionais, em diversos grupos de idade e em diferentes áreas do mundo. O baixo poder aquisitivo está relacionado a uma série de condições negativas, podendo contribuir para a perda da autonomia funcional, a exemplo da baixa escolaridade, escassez de emprego, condições precárias de saúde, dentre outros fatores¹².

A renda representa um fator determinante na situação de saúde do idoso, pois nesta fase há uma necessidade maior de medicamentos, alimentação e outros custos que os processos limitativos acarretam. Além disso, devido às diversas mudanças ocorridas nos arranjos familiares nos últimos tempos, o idoso pode se deparar com uma realidade na qual ele se vê obrigado a amparar parentes desempregados ou doentes e prover a família¹³.

Outro dado preocupante, também observado nesse estudo, foi o contingente de idosos vivendo sozinhos. Esse fato tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida e a um agravamento da morbidade, constituindo, até mesmo, um indicador de risco de mortalidade¹⁴.

Embora a família ainda possa predominar como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos e ser para esse indivíduo sua principal fonte de cuidados, é preciso destacar que esse cuidado pode não se aplicar a todos os idosos. Quando o idoso está inserido no contexto familiar, muitas e enriquecedoras são as relações interpessoais que ocorrem nesse ambiente. Existem idosos que não têm família, assim como há outros cujas famílias são muito pobres, onde seus

familiares precisam trabalhar, não podendo abandonar o mercado de trabalho para assumir tal responsabilidade, fazendo com que haja um aumento bastante considerável do número de idosos que vivem sozinhos¹⁴.

A situação familiar dos idosos reflete o efeito acumulado de eventos socioeconômico e demográfico e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital, entre eles, destaca-se o tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, as migrações originaram, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos. A família tem especial relevância na qualidade de vida dos idosos, por ser o contexto social mais próximo no qual os indivíduos estão envolvidos, e os relacionamentos mantidos por corresidentes em seus arranjos domiciliares têm implicações positivas para a saúde, uma vez que a família satisfaz numerosas necessidades de seus componentes, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo). O suporte social da família ajuda os idosos no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, estresse e outras experiências difíceis da vida¹⁵.

Em relação à avaliação da qualidade de vida dos participantes, verificou-se que os maiores escores localizaram-se nas facetas *Participação Social* e *Atividades passadas, presentes e futuras*. Já as facetas *Funcionamento sensorial* e *Morte e Morrer*, por sua vez, apresentaram as menores pontuações, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 – Avaliação por facetas da qualidade de vida dos idosos.

FACETAS	MÉDIA DOS ESCORES
Funcionamento sensorial	2,81
Autonomia	3,51
Atividades passadas, presentes e futuras	3,56
Participação social	3,56
Morte e morrer	2,85
Intimidade	3,49

Fonte: Pesquisa de campo.

Na faceta *Atividades passadas, presentes e futuras*, constatou-se que a média dos escores foi de 3,56. Nesta ocasião, investigou-se a satisfação dos idosos em relação às atividades anteriores e atuais por eles desempenhadas, bem como as expectativas dos participantes em continuar alcançando realizações em sua vida.

O bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de projetos é traduzido, inegavelmente, com um aumento da autoestima e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Os projetos futuros podem também se constituir como uma condição importante para o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas, porque são uma forma de dar sentido à existência dos indivíduos (como seres que mantêm suas faculdades mentais ativas, capazes de poder projetar e concretizar seus desejos). Nesse sentido, nos grupos para a terceira idade, pode ser trabalhada a potencialidade do ser humano e sua capacidade de conceber projetos e principalmente, de poder realizá-los¹⁶.

Altas pontuações (M=3,56) também foram encontradas na faceta *Participação Social*, cujos itens referem-se ao uso do tempo livre e a participação em atividades da comunidade. Na terceira idade, cujas principais características, em relação ao comportamento social, são a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta, outras habilidades podem ser especialmente importantes, tais como as de estabelecer e manter contato social, além de lidar com os

comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de hesitação¹⁷.

Esta boa avaliação da qualidade de vida é influenciada, provavelmente, pelo ambiente no qual os idosos estão inseridos, pois as atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso quanto para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais¹⁸. Para a qualidade de vida da pessoa idosa, acredita-se ser de fundamental importância a atividade física, intelectual e de lazer, pois, em qualquer etapa do desenvolvimento humano, deve haver uma preocupação com as perspectivas de um envelhecimento saudável.

Os menores escores foram obtidos nas Facetas *Funcionamento Sensorial* (2,81) e *Morte e Morrer* (2,85). O funcionamento sensorial é de extrema importância na vida diária e na independência do idoso, além de proporcionar um estado crítico e ideal para a interação do idoso na sociedade. É de conhecimento científico que a velhice se caracteriza pelo declínio das funções sensoriais. Embora ocorram de forma diferenciada entre as pessoas, as perdas que caracterizam essa fase da vida, provocam o aumento da dependência dos indivíduos em relação aos elementos culturais e sociais. No entanto, é possível a preservação dos ganhos evolutivos em determinados domínios do funcionamento, como o intelectual e o afetivo, sendo este último capaz de atuar de maneira compensatória sobre as limitações cognitivas¹⁹.

Na Faceta *Morte e Morrer* são avaliadas as preocupações, inquietações e temores das pessoas idosas mediante a proximidade, bem como a forma como a morte irá ocorrer. Os baixos escores refletem a baixa qualidade de vida dos idosos nesse aspecto. Percebe-se, desta forma, que a morte os incomoda e amedronta, uma vez que ainda é vista como um tabu para a sociedade ocidental. O envelhecer e o morrer são fenômenos inerentes à vida em todas as suas formas, embora as interpretações e os sentimentos que envolvem esse fenômeno variem entre cada idoso. A compreensão acerca da finitude na perspectiva do idoso é um passo importante para fomentar a reflexão, buscando uma forma positiva de lidar com as questões envelhecimento e morte²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao incontestável aumento da população idosa, não apenas no Brasil, mas em todo contexto mundial, surge a necessidade de se proporcionar a essa população uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, investigar e identificar os fatores que mais contribuem ou prejudicam a qualidade de vida das pessoas idosas tem se tornado algo extremamente necessário para que possam ser fornecidos subsídios para futuras intervenções.

Os dados da presente pesquisa demonstram que a perda da capacidade sensorial, bem como a proximidade da morte foram os fatores que mais contribuíram negativamente para a qualidade de vida dos idosos pesquisados. Em contrapartida, a participação social e a avaliação passada, presente e futura das atividades realizadas pelos idosos mostrou-se de forma favorável, contribuindo positivamente para a qualidade de vida desse grupo.

De maneira geral, os participantes demonstraram boa avaliação da sua qualidade de vida, fato este que deve ter sido influenciado pela participação dos idosos no grupo de convivência, que proporciona, além do convívio social, atividades educativas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

COMMUNITY ELDERLY: LIFE QUALITY ASSESSMENT

ABSTRACT

The process of population aging is an extremely visible phenomenon that occurs more noticeably in emerging countries. Currently, we look for a better quality of life for this audience group, highlighting the importance of understand the knowledge, experience individual and community values. In this sense, social groups are an important psychosocial and emotional support tool for the elderly. This is a descriptive quantitative approach study performed with 30 elderly participants of Aging Extension Project of Healthy FACENE / FAMENE who answered the WHOQOL-old and a socio-demographic questionnaire, from March to December 2014. There was a predominance of females (83,3%), most widows; low income (33,3%), and poor instruction (76,7%). Regarding the assessment of the quality of life of participantes it was found that the highest scores were the facets Social Participation (3,56) and Activities Past, Present and Future (3,56), while the Sensory Operation (2,81) and Death and Dying (2,85) had the lowest. To offer elderly person better quality of life becomes essential to investigate and identify the physical, biological, psychological, social and lifestyle adopted by the person, and suggest ways to meet those needs, but also stimulate the social insertion, such as participation in social group, aiming to maintain the biopsychosocial balance.

Keywords: Elderly. Coexistence. Quality of life.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010 [acesso em 24 fev. 2014]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_soc_aude.pdf
2. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. Texto contexto - enferm. jan/mar. 2012; 21(1):112-20.
3. Marchiori GF, Dias FA, Tavares DMS. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. Rev enferm UFPE on line. Recife. abr. 2013; 7(4):1098-106.
4. Moura I, Leite MT, Hildebrandt LM. Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo. 2008 jul-dez;5(2):132-40.
5. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais. [Diss. Tese de Doutorado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
6. Chachamovich E, Trentini C, Fleck MP, Schmidt S, Power M. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: Fleck MP e col. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.102-11.
7. Cachioni M, Falcão DVS. Velhice e Educação. Possibilidades e benefícios para a qualidade de vida. In: Psicologia do Envelhecimento – relações sociais, bem-estar

subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campinas (SP): Alínea; 2009.

8. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatria RS*. 2006 Jan/abr; 28(1):27-38.

9. Resende MC, Almeida CP, Favoreto D, Miranda, EG, Silva GP, Vicente, JFP, et al. Saúde mental e envelhecimento. *Psico* [periódico na internet] Uberlândia. Jan-Mar. 2011 [acesso em 18 Abr. 2015]; 42(1). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5315/6296>.

10. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. *Rev Ciên Saú Colet*. Rio de Janeiro.2011; 16(6):2919-25.

11. Arantes RC, Côrte B. A longevidade nas notas de falecimento. *Revista Kairós*. São Paulo.2009; 6:102-13.

12. Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciência & Saúde Coletiva*.2011; 16(5): 2541-8.

13. Clares, JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. Fortaleza. 2011; 12:988-94.

14. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. Rio de Janeiro.jan./mar. 2013; 16(1): 127-38.

15. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*.Rio de Janeiro. Maio. 2011; 16(5): 2603-11.

16. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Filho WJ. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito jovens. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo.set/out; 8(5);405-10.

17. Bittar CML, Lima ICV. A percepção da qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. Ponta Grossa.jul/dez. 2012; 4(2): 01-11.

18. Penna FB, Santo FHE. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia.dez. 2006; 8(1):17-24.

19. Neri AL. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF*. Itatiba. jan/jun. 2004; 9(1):109-10.

20. Zinn G, Gutierrez B. Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção de idosos hospitalizados em unidade de cuidados semi-intensivos. *Estud. interdiscip. envelhec.* Porto Alegre. 2008;13(1):79-93.

Recebido em: 29.05.15
Aceito em: 16.10.15

VIOÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA

Juarez Silvestre Neto¹
Camila Regina Medeiros Bezerra²
Nathalia Palitot Fernandes²
Raylanne Marcelino de Medeiros²
Samara Alves Miranda de Sá²
Danielle Serafim Pinto³

RESUMO

A violência contra a mulher constitui-se um grave problema de saúde pública que aflige as mais diversas classes sociais, na maioria, ocorrendo em seus próprios lares, sendo os principais agressores os próprios companheiros. O objetivo deste trabalho foi analisar a frequência de casos de violência contra mulheres assistidas por uma unidade básica de saúde e a relação destas com o agressor. Foi realizada uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, através de visitas domiciliares à comunidade assistida pela USF Ipiranga, no município de João Pessoa, aplicando-se um formulário previamente elaborado. Os resultados das entrevistas foram analisados e convertidos em estatísticas. O estudo revelou que, das 14 mulheres entrevistadas, 21,4% relataram sofrer violência. As agressões contra estas ocorrem principalmente no espaço doméstico, sendo este dado relatado por cerca de 40% das participantes da pesquisa. Todas as vítimas relataram que o agressor era o próprio companheiro. Percebe-se, que os resultados também apontados por outros estudos, que indicam que cerca de 20% a 50% das mulheres no mundo ao menos uma vez foram agredidas por parceiros. Os serviços de saúde são importantes na detecção precoce de mulheres vítimas de violência, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves, já que a violência pode vir a afetar a saúde física e mental da mulher, trazer dificuldades em sua vida profissional, social e emocional, e ainda levá-la ao uso de drogas e a outros comportamentos de risco.

Palavras-chave: Violência. Mulher. Unidade de Saúde. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 70, a violência contra a mulher tem recebido crescente atenção e mobilização. O problema inclui diferentes manifestações, como assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, prostituição

¹ Graduando em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). End.: Rua Arquiteto Hermenegildo di Lacio, 324, Tambauzinho. João Pessoa – PB. CEP: 58042-140. Tel.: (83) 98849-7466. E-mail: juarez.sn@hotmail.com.

² Graduandos em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

³ Farmacêutica e Bioquímica. Doutora em Plantas Naturais e Sintéticas Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Saúde Plantas Naturais e Sintéticas Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora do módulo de Terapêutica das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE). E-mail: dani-serafim@hotmail.com

forçada, mutilação genital e violência racial, por causa de dote ou por opção sexual. A violência pode ser cometida por diversos perpetradores, dentre estes familiares, marido, companheiro, namorado, ex-marido ou mesmo pessoas com quem a mulher mantém relações afetivas ou íntimas.¹

No Brasil, nos últimos 20 anos, foram criados diversos serviços voltados para esta área, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais, que têm focado, principalmente, na violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso.¹

A violência contra a mulher constitui-se um grave problema de saúde pública que aflige as mais diversas classes sociais. Os estudos apontam que a maioria dos casos ocorre em seus próprios lares e que o uso de álcool pode ser apontado como fator de risco para a perpetuação e intensificação deste problema.²

A partir da criação das delegacias especializadas, a mulher passou a ter um “ponto de partida” na busca de apoio e acesso à rede pública e privada, para que as delegacias funcionem com eficácia, precisam operar de forma integrada e oferecer um atendimento qualificado, evitando a revitimização da mulher que chega até a mesma. Ressalta-se a importância do primeiro atendimento dado à mulher e do papel que esse momento passa a ter sobre as decisões que ela tomará quanto a permanecer na relação violenta ou buscar novas saídas para sua vida.^{3,4}

A abordagem da violência de gênero nos serviços de saúde demanda práticas congruentes com essa perspectiva, em que o profissional se posiciona como facilitador do processo terapêutico, construindo estratégias com as usuárias que contemplem e respeitem seu contexto social e suas singularidades. Para isso, é necessário se aproximar dessas realidades e dar visibilidade aos conflitos que estão subentendidos nas queixas.⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS), há tempos, vem proclamando a necessidade de preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher, pois os dados comprovam que a questão está sendo subnotificada, ocultada ou não documentada. Assim, quando a mulher procura o setor de saúde, essa busca pode ser considerada um sinal de alerta que precisa ser acolhido, tendo em vista as dificuldades que as mesmas em situação de violência

têm em procurar ajuda. A relação da violência com diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental, assim como ao maior uso dos serviços de saúde por parte dessas mulheres, é uma evidência descrita em vários estudos, o que acentua a necessidade de refletir sobre como o setor tem se organizado para lidar com mulheres em situação de violência.^{5,6}

Diante das primícias citadas, a presente pesquisa objetivou analisar a frequência de casos de violência contra mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde e a relação destas com o agressor.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, através de visitas domiciliares à comunidade assistida pela USF Ipiranga, no município João Pessoa, aplicando-se um formulário, previamente elaborado. A pesquisa teve como proposta investigar e analisar os relatos das mulheres que vivenciaram episódios de violência física e verbal nesta região. A amostra contou com a participação de 14 mulheres. Os resultados das entrevistas foram analisados e convertidos em estatísticas.

A pesquisa seguiu os parâmetros da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente aos princípios da Bioética nos estudos com seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Enfermagem e Medicina Nova Esperança, sob o Protocolo nº 44/12, CAAE 02821612.2.0000.5179.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo revelou que, das 14 mulheres entrevistadas, aproximadamente 21,4% relataram sofrer violência. As agressões contra a mulher ocorrem principalmente no espaço doméstico, sendo este relatado por cerca de 40% das participantes da pesquisa. Todas as vítimas relataram que o agressor era o próprio companheiro. Os estudos populacionais e em serviços apontam maior risco de agressão às mulheres por parte de pessoas próximas, como parceiros e familiares, do que por estranhos. A violência física na vida adulta praticada pelo parceiro, por exemplo, atinge taxas entre 20% e 50% das mulheres do mundo, ao menos uma vez na vida.⁷

Supõe-se que os homens sabem mais sobre sexo e que para iniciá-lo têm um impulso mais intenso e ativo; em contrapartida, as mulheres são mais passivas e receptivas. Essa classificação rígida e limitada considera que supostamente os homens querem sexo, em virtude de um impulso sexual inato e irreprimível, enquanto as mulheres buscam o amor.⁸

O presente estudo revela que a violência por parceiro íntimo pode ter diversas expressões. A situação mais frequente é a da violência psicológica exclusiva, seguida pela física acompanhada da sexual e pelas três formas juntas. A violência mais grave parece estar associada à maior sobreposição de diversas formas de violência, onde a associação de psicológica, física e sexual responde por aproximadamente 20% dos casos e constitui-se situação extremamente grave.

No Brasil, nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a questão, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso.⁹

Os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves. Os estudos apontam também para uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, delineando-se, assim, uma clientela expressiva. Apesar disto, a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde, sendo problema de extrema dificuldade para ser abordado.¹⁰

Percebe-se, portanto, que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública frequente entre a sociedade, e este dado se confirma nos estudos internacionais que apontam altas prevalências do problema nos serviços de saúde. Porém, embora este tipo de violência seja uma causa significativa de morbidade e mortalidade das mulheres, raramente esta problemática é vista como uma questão de saúde pública. Fatores como insensibilidade e falta de capacitação dos profissionais de saúde, a tendência à medicalização dos casos e pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade, transforma o problema em uma situação ainda mais complexa e de difícil abordagem.^{8,10}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido almejando o fornecimento de dados sobre a ocorrência de violência física e sexual entre usuárias da USF Ipiranga e configurasse como pesquisa situacional. Por isto, não se pode generalizar os seus resultados para as mulheres em geral na população, nem mesmo para mulheres do mesmo estrato social.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de melhorias das práticas assistenciais em saúde, para sua maior efetividade e garantia dos direitos das mulheres, mediante a detecção precoce de mulheres vítimas de violência, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves, já que as agressões podem vir a afetar a sua saúde física e mental, bem como trazer dificuldades para sua vida profissional, social e emocional, e ainda levá-la ao uso de drogas e a outros comportamentos de risco.

VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH

ABSTRACT

Violence against women constitutes a serious public health problem that afflicts the most diverse social classes, mostly occurring in their own homes, the main aggressors own pals. The objective of this study was to analyze the frequency of cases of violence against assisted by a basic health unit and the relationship with the perpetrator of these women. A qualitative and quantitative survey was conducted using a questionnaire exploratory and descriptive, through visits to community assisted by USF Ipiranga. The interview results were analyzed and converted into stats. The study revealed that 21.4% of women interviewed reported experiencing domestic violence. Violence against women occurs mainly in the domestic space, which is reported by 40% of participants in the survey data. All victims reported that the offender was the companion itself. It is clear, therefore, that violence against women is a common public health problem among society, as results also indicated by other studies, which indicate that about 20% to 50% of women in the world at least once were assaulted by partners. Health services are important in early detection of women victims of violence, and can recognize and embrace the case before more serious incidents since the violence is likely to affect physical and mental health of a woman, bringing difficulties in his professional life, social and emotional, and even take it to drug use and other risky behaviors.

Keywords: Violence. Woman. Health Unit. Public health.

REFERÊNCIAS

1. Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I., & Pinho, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4), 470-7.
2. Diniz S, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):797-807.
3. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saúde e Sociedade. 2011;20(1):124-35.
4. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):604-10.
5. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do sul do Brasil. Saude Soc. 2004;13(2):89-99.
6. Hanadai H, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):359-67.
7. Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Rev esc enferm USP. 2008;42(3):467-73.
8. Cavalcanti, LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006, 22(1):31-9.
9. Schraiber LB, et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde Violence against women: a study in a primary healthcare unit. Rev. Saúde Pública; 2002.
10. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher Violence and health: theoretical, methodological, and ethical contributions from studies on. Cad. Saude Publica. 2009;25(Sup 2):S205-S216.

Recebido em: 24.11.14 Aceito em: 23.11.15
--

INICIAÇÃO SEXUAL DE ADOLESCENTES E CONHECIMENTO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Raquel Nascimento de Oliveira¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Paulo Emanuel Silva³
Vagna Cristina Leite da Silva⁴

RESUMO

A adolescência é uma etapa fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento humano que corresponde a um período de descoberta caracterizado pela necessidade de integração social, pela busca de independência como também da identidade sexual. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada na Escola Municipal de 1º e 2º Grau, localizada no município do Conde/PB/Brasil, no ano de 2013. A amostra foi composta de 29 adolescentes do sexo feminino, menores de 19 anos. Os dados foram apresentados por meio de tabelas, elaboradas com os recursos do Programa Excel 2010 e analisados através da estatística descritiva simples, com base na literatura pertinente. Em se tratando dos resultados, a maioria das entrevistadas, 58,6%, tinha entre 18-19 anos, diziam ser solteiras 72,4%, com renda de até um salário mínimo 48,7% e a grande maioria de 86,2%, não desenvolvia nenhuma atividade remunerada; 58,6% tinham vida sexual ativa com início aos 18 anos em média; 79,3% informaram conhecer os métodos contraceptivos e a camisinha, 48,7% foi citada como sendo o método mais popular entre o grupo. Foi ainda identificado que 5,7% faziam uso de algum tipo contracepção. Embora se reconheça a importância de se trabalhar temas como sexualidade na adolescência, constata-se que a orientação sexual nesta fase da vida é um tema que apresenta lacunas. Dentre os problemas, destaca-se a carência de informações por profissionais habilitados e ainda verifica-se que, na maioria das vezes, as informações são adquiridas de forma errônea, através de amigos e seus respectivos pares. Tal realidade alerta para a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais da área da saúde com os da educação, objetivando a propagação de informações diretamente a este grupo, no sentido de prevenir doenças e situações indesejáveis.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Adolescência. Prevenção e Controle.

¹ Enfermeira. Graduada Pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira Assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho.

³ Enfermeiro. Docente FACENE/FAMENE. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Mestre em Ciências das Religiões.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e comunitária GESPMEC. Rua: Pedro Alves de Andrade, 251, apto.303, Ed. Amanda, Bancários.CEP: 58053-024. João Pessoa, PB. Email: vagna.cristina@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

A adolescência trata-se de uma etapa fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento humano, marcada por modificações físicas e comportamentais influenciadas por fatores socioculturais e familiares. Pode ser considerada como um fenômeno de passagem, abalizada pelo abandono da autoimagem infantil e projeção para vida adulta. Corresponde a um período de descoberta, caracterizada pela necessidade de integração social, pela busca de independência como também da identidade sexual.¹

Os adolescentes vivenciam ainda momentos de inquietação, ansiedade e insegurança em relação ao novo mundo que está por vir, correspondendo a um momento de descoberta das próprias limitações e anseios por novos acontecimentos.²

Nessa fase da vida, vários outros aspectos merecem ser considerados, a exemplo do crescimento emocional e intelectual; das relações interpessoais; da vivência da afetividade e sexualidade, entre outros. Nesta perspectiva, a sexualidade humana acompanha o indivíduo em toda sua existência, é um aspecto importante para a formação da identidade e desenvolvimento da personalidade. Sua iniciação vem acontecendo de forma precoce. No Brasil, a idade média para início da vida sexual é de 16,9 anos para meninas, e 15 anos para os meninos.³

A antecipação do exercício sexual de forma irresponsável e desprotegida pode acarretar em conflitos e alterações nos projetos de vida, resultando, muitas vezes, em situações indesejáveis, a exemplo da gravidez.

Outro aspecto a ser destacado é que, normalmente, esta atividade sexual não vem acompanhada de cuidados como o da anticoncepção. Este fato vem contribuindo para o aumento no número de adolescentes grávidas, existindo uma estimativa de que 26% da população feminina entre 15 a 24 anos já viveram uma gravidez e esta foi indesejada para 40% delas. Portanto, estes dados apontam o despreparo delas para assumirem uma vida sexual, gerando sérios problemas físicos, emocionais e sociais.³

São múltiplos os fenômenos e fatores que influenciam a gravidez precoce, entre estes, destaca-se atividade sexual antecipada, o uso inadequado, ou não, de contraceptivos, a falta de conhecimento a respeito da temática, ausência de diálogo com os pais, escassez de campanhas informativas na rede de saúde e, sobretudo, a falta de informação nas escolas.⁴

Torna-se importante destacar que a carência de informação e a inexistência de serviços específicos, para atender essa faixa etária, estão apontadas como um dos principais motivos os quais tornam as adolescentes vulneráveis à gravidez ou a adquirem doenças sexualmente transmissíveis.^{5,6}

A adolescente que inicia precocemente sua vida sexual precisa de oportunidade para retomar e repensar seu papel social, de cidadã, de mulher, desenvolver uma autoestima favorável, para que, a partir dessa fase, possa obter maior equilíbrio, apoio e uma melhor perspectiva de futuro para sua vida.⁷

Para isso, é preciso entender que as pessoas nessa faixa etária vivem uma fase de experimentação, e é papel do profissional estar pronto para atender, ajudar e conscientizar não só a adolescente, mas toda a família, a respeito da importância da união familiar e fortalecimento dos vínculos para harmonizar o convívio social e familiar. O incentivo na promoção à saúde, através de ações educativas que estimulem a participação desse grupo e da família, possibilita o reconhecimento das

especificidades dessa faixa etária, uma forma eficaz de evitar situações desagradáveis, como uma gravidez nesse momento da vida.

Diante dessa realidade, a sexualidade deve ser um tema de discussão e debate entre pais, educadores e profissionais de saúde, tendo como objetivo encontrar maneiras de informar e orientar os jovens para que protejam ao máximo sua iniciação sexual e, ao iniciar, que seja feito com responsabilidade e que a prática do sexo seja seguro.

Sendo assim, para investigar esta problemática, foi traçada a seguinte questão norteadora: Com que idade as adolescentes do sexo feminino em idade escolar estão iniciando sua vida sexual? Qual o conhecimento das adolescentes a respeito dos métodos contraceptivos?

Desta forma, neste estudo, temos como objetivo verificar a iniciação sexual entre adolescentes do sexo feminino em idade escolar e o conhecimento dos métodos contraceptivos por este grupo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva com abordagem quantitativa, realizada em uma Escola Municipal de 1º e 2º Grau, Localizada na praia de Jacumã, no município do Conde-PB.

A coleta de dados foi realizada conforme o funcionamento da instituição nos turnos da tarde e noite, durante os meses de outubro/novembro de 2013. A amostra do estudo foi do tipo aleatório, composto por 29 adolescentes menores de 19 anos, identificadas após sorteio.

Para coletar os dados, foi utilizado um formulário estruturado com 10 perguntas objetivas. O instrumento foi aplicado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para as adolescentes menores de 18 anos, após a assinatura do responsável autorizando a sua participação no estudo.

Após a conclusão desta etapa, os dados foram apresentados por meios de tabelas, elaboradas com os recursos do Programa Excel 2010 e analisados através da estatística descritiva simples, com base na literatura pertinente.

A pesquisa foi realizada de acordo com os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança sob o parecer nº 227/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estima-se que haja, atualmente, uma população mundial de 7 bilhões de habitantes e dessa, quase 20% são pessoas com a faixa etária entre 14 a 19 anos.⁸ De acordo com os dados do último censo realizado no Brasil, o grande percentual da população brasileira é constituído por adolescentes, perfazendo um total de 11% em um universo de 21.083.635 da população total.⁹

Esses dados apontam a representatividade desse grupo populacional no país, o que denota a importância na realização de estudos que mostrem dados epidemiológicos referentes a esta faixa etária. Nesse íterim, conhecer fatos relacionados à iniciação sexual do adolescente e sua aproximação com métodos contraceptivos é de fundamental importância para realização de campanhas preventivas de saúde no que se refere à gravidez indesejada na adolescência.

A Tabela 1 mostra o perfil social do grupo investigado como uma possibilidade de observar a relação entre as variáveis do estudo. A maioria das

adolescentes (58,6%) tinham entre 18-19 anos, diziam ser solteiras 72,4%, com renda de até um salário mínimo (48,7%) e a grande maioria (86,2%) não desenvolviam nenhuma atividade remunerada.

Tabela 1 - Caracterização das adolescentes escolares, segundo perfil socioeconômico. Conde, 2013.

VARIÁVEIS	n(29)	%
Idade		
Menor de 18 anos	12	41,4
Maior de 18 anos	17	58,6
Estado Conjugal		
Casada	08	27,5
Solteira	21	72,4
Renda		
< de 1 salário mínimo	08	27,5
1 salário mínimo	14	48,7
> de 1 salário mínimo	02	6,8
Total	29	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Nesta investigação, observa-se que a maioria das entrevistadas estão matriculadas nas séries do ensino fundamental II, do 6^a ao 9^a ano. Este resultado comparado à variável idade mostra que existe atraso no desenvolvimento educacional, de acordo com a faixa etária, recomendada pelo Ministério da Educação no Brasil.¹⁰

No que concerne ao grau de escolaridade para a maioria do povo brasileiro limita-se a não conclusão do ensino fundamental. Este resultado assinala o quadro educacional atual dos países em desenvolvimento, que apresenta entre suas características sociodemográficas o baixo grau de escolaridade e alto índice de pobreza. Esses indicadores vêm gerando discussões polêmicas que têm como um de seus objetivos atingirem a permanência dos jovens na escola.¹¹

Com a escolarização das crianças e dos adolescentes, vislumbra-se uma melhor qualidade de vida na fase adulta. A escola significa um lugar importante para se trabalhar conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento, pois esse é o local no qual o adolescente permanece a maior parte do seu dia. Tornando-se, portanto, propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, atuando nas diferentes áreas dos saberes humano.⁵

Em referência ao estado conjugal, a maioria estava solteira e residia com os pais. Em um estudo envolvendo adolescentes, verificou-se que as entrevistadas residiam com a família de origem, e dentre os motivos apontados, destaca-se as dificuldades econômicas, visto que a maioria delas não possuía estabilidade profissional, em decorrência da idade e do contexto de marginalidade no qual estavam inseridas, tornando-se dependentes do apoio da família.¹²

A baixa renda econômica é uma realidade entre as adolescentes investigadas. A maior parte do grupo sobrevive com apenas um salário mínimo, não possui atividade remunerada, e quando estas desenvolvem é do tipo informal, considerando, então, que as atividades informais rendem pouco dinheiro e, na maioria das vezes, pouco dá para suprir as necessidades pessoais.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Recife/PE com adolescentes grávidas, foi verificado, de acordo com o perfil socioeconômico, que a maioria das participantes possuía baixa renda familiar 41,17%, exerciam trabalho no lar, identificando-se ainda um pequeno número de jovens que frequentava a escola. A baixa escolaridade e baixa renda as tornam mais vulneráveis a uma gestação precoce, visto que a escola tem um papel preventivo importante, pois através dela são transmitidas informações sobre o corpo.¹³

A escola é um local onde ocorrem grandes descobertas e se processa a disseminação de informações através de fontes confiáveis. Informações errôneas podem interferir no processo educativo, trazendo sérios prejuízos à personalidade do adolescente em formação.

Na sequência, são apresentados os resultados referentes à vida sexual das jovens investigadas e, de acordo com a Tabela 2, 58,6% delas tinham vida sexual ativa com início aos 18 anos em média (55,7%).

Tabela 2 – Aspectos da vida sexual das adolescentes participantes do estudo. Conde, 2013.

VARIÁVEIS	n(29)	%
Vida sexual ativa		
Sim	17	58,6
Não	12	41,7
Idade de iniciou da atividade sexual		
Maiores de 18 anos	16	55,7
Menores de 18 anos	2	6,8
TOTAL	29	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Atualmente, a iniciação sexual vem acontecendo cada vez mais cedo. Pesquisa realizada na cidade de Pelotas, com adolescentes do sexo feminino, mostrou que 45,3% das participantes do estudo já tinham se submetido à sua primeira relação sexual entre 15 e 19 anos. De acordo com este estudo, a antecipação desse momento ocorre principalmente entre aqueles adolescentes com menor grau de escolaridade e que tem hábitos comuns, a exemplo do consumo de cigarro, bebidas alcoólicas e o uso de drogas ilícitas.¹⁴

Esta atividade sexual precoce pode estar relacionada a diversos fatores, dentre eles, destacam-se as mudanças vivenciadas por pessoas nessa faixa etária, o que impulsiona o jovem a viver intensamente suas práticas sexuais, na maioria das vezes, sem a proteção necessária. A evolução de suas sensações, comportamentos e decisões sexuais serão influenciados pelas interações que desenvolve com outros jovens do seu vínculo familiar e social.⁵

Embora o comportamento sexual feminino apresente mudanças consideráveis nas últimas décadas, historicamente, a mulher ocupou um espaço social de passividade que vem refletindo atualmente no comportamento sexual de muitas adolescentes. A maioria delas apresenta despreparo em sua primeira relação sexual, confirmando esta atitude passiva pelo sexo feminino. Sendo assim, tradicionalmente, a sociedade prevê para a mulher um comportamento passivo, enquanto que, para o homem, é esperado um comportamento ativo, no que diz respeito às relações pessoais estabelecidas.¹⁵

No Rio de Janeiro, verificou-se que a idade média do início da vida sexual é 14,5 e que a maioria das participantes tinha vida sexual ativa, e ainda que estas a

iniciaram precocemente.¹⁶ Reafirma-se, então, a necessidade de se trabalhar a orientação sexual nas escolas, tendo em vista que os adolescentes nos dias atuais têm sua primeira experiência sexual mais cedo, comparando-se há décadas passadas.

O ambiente escolar pode ser apontado como local favorável para se trabalhar temas como a sexualidade, pois é, nesse espaço, que os adolescentes vivenciam grande parte das suas vidas, onde ocorrem o estabelecimento de laços pessoais e o jovem vivencia suas maiores experiências, um dos motivos que facilita este diálogo.¹⁷

Mesmo reconhecendo a importância desse espaço, existe dificuldade na implantação de programas educativos. Com a efetivação desses programas, minimizaria riscos relacionados à falta de conhecimento com a possibilidade de dar suporte e orientação suficiente sobre sexo e sexualidade, realizando, dessa forma, um trabalho de prevenção eficaz.¹⁸

A vida sexual do ser humano não se restringe apenas à primeira relação sexual, é uma prática relacionada a vários fatores que abrangem aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A adolescência é um período de transitoriedade marcado por conquistas e a construção da identidade sexual que acontece nessa fase associado às mudanças corporais refletem em transformações definitivas na formação do sujeito estabelecer um canal de comunicação que permita liberdade de diálogo desprovido de preconceitos e julgamentos, amplia a discussão sobre sexualidade e possibilita um trabalho de prevenção eficaz.¹⁷

Na sequência, a Tabela 3 apresenta as variáveis relacionadas ao conhecimento a respeito do uso de métodos contraceptivos. Cerca de 79,3% das adolescentes, maiores de 18 anos, informaram conhecer o assunto, e a camisinha (48,7%) foi informado como sendo o método mais popular entre o grupo. Quando questionado a respeito do uso de métodos contraceptivos pelas adolescentes, 55,7% informaram fazer uso de algum tipo.

Tabela 3 - Conhecimento das adolescentes a cerca dos métodos contraceptivos. Conde, 2013.

VARIÁVEIS	n(29)	%
Uso de algum tipo de método contraceptivo		
Sim	16	55,7
Não	04	13,7
Métodos contraceptivos conhecidos		
Camisinha	14	48,7
Pílula	06	20,6
Injetável	02	6,8
TOTAL	29	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde sobre inquérito realizado em 40 países, no ano de 2005 e 2006, apontaram que 77% adolescentes com 15 anos informaram ter feito uso do preservativo na última relação sexual.¹⁹

Embora se verifique que os adolescentes possuem poucas informações a respeito do uso correto, pesquisa identificou que em média 80% dos adolescentes investigados faziam uso de algum método contraceptivo.²⁰ A expansão no uso

associado à falta de informações pode acarretar sérios prejuízos para a vida do adolescente, tornando-os, assim, vulneráveis a riscos.

Ainda em referência ao conhecimento, pesquisas apontam que existe uma lacuna no ambiente familiar, enfatizando que o diálogo entre pais e adolescentes sobre sexualidade ainda é bastante restrito, pelo fato de não haver abertura para conversas sobre questões pessoais e íntimas.^{21,22}

Esta afirmação leva a inferir que a dificuldade em procurar os pais para esclarecer dúvidas sobre assuntos relacionados à sexualidade está vinculada ao medo de sofrer represálias. Portanto, tabus e preconceitos como esses acabam impedindo o indivíduo de buscar aprendizado sobre o assunto. Diante dessa realidade, o adolescente busca auxílio com os colegas da mesma faixa etária, visando à troca de ideias ou até mesmo ao compartilhamento dos medos.

Atualmente, dentre os métodos contraceptivos, o mais utilizado ou que tem maior disponibilidade é o preservativo. Observa-se um crescimento em número de usuários. Foi visto em pesquisa que 70% dos participantes usavam e que a maioria tinha conhecimento a respeito do método. Poucos informaram conhecer sobre outros tipos. Esses resultados se assemelham aos dados deste estudo.^{21,23}

Com a precocidade da atividade sexual entre os adolescentes, compreende-se a necessidade em promover a este grupo, de forma mais efetiva, propostas de prevenção que favoreçam oportunidades para iniciar sua vida sexual de forma segura, como garantia para promoção da sua autonomia no que tange a vida sexual.

Embora se constate a falta de interesse sobre o comportamento contraceptivo de adolescentes, este evento continua apontado como uma problemática na saúde pública, especialmente pela importância social relacionada a um grande número de gravidez nessa faixa etária, que está compreendida entre 10 e 19 anos de idade.^{25 24}

Sendo assim, reafirma-se a necessidade na realização de trabalhos educativos direcionados à saúde sexual do adolescente, enfatizando a necessidade de um trabalho diferenciado que envolva a participação da família, escola e profissionais de saúde, pois é nessa fase que o indivíduo acentua a curiosidade sobre as questões relacionadas à sexualidade.¹⁶ Outro ponto a destacar é que os diálogos estabelecidos a respeito da temática possam atender todas as expectativas do público alvo, utilizando-se de uma linguagem clara e acessível ao grupo trabalhado.

É primordial desenvolver a orientação para o autocuidado, ampliar o acesso a atividades educativas e recreativas e estimular a participação das adolescentes, por meio de ações coletivas. Isso repercutirá na promoção do desenvolvimento de atitudes e habilidades entre os adolescentes para lidar com essa fase de suas vidas.²⁵

Na maioria das vezes, este grupo não está preparado para encarar a sexualidade, eles não possuem conhecimentos suficientes a respeito de sua proteção individual. Nesse ínterim, informações seguras podem interferir na educação desse grupo e são fundamentais para que eles possam vivenciar o sexo de maneira mais saudável, protegendo-se de uma gravidez indesejada.²⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade na adolescência é um tema polêmico apontado com um problema de saúde pública. Dentre os motivos, destacam-se o grande índice de gravidez precoce e indesejada, e ainda o risco de doenças sexualmente transmissíveis.

Dentre as dificuldades de se trabalhar a temática, destaca-se a inexistência de políticas públicas direcionadas a este grupo populacional, a exemplo de se trabalhar na escola a sexualidade como conteúdo curricular obrigatório. Sendo assim, reafirma-se a necessidade de fortalecer parcerias entre escolas e serviços de saúde, com intuito de se alcançar esta parcela populacional exposta a vulnerabilidades.

Embora os métodos contraceptivos estejam disponíveis gratuitamente na rede pública de saúde, os jovens carecem de informações a seu respeito. A forma correta de uso é imprescindível para que se obtenha êxito na prevenção de gravidez e doenças sexuais na adolescência.

A orientação sexual dos adolescentes é um tema que apresenta lacunas, dentre os problemas, destacam-se as informações adquiridas de forma errônea como aos amigos e seus respectivos pares, tornando-se necessário um maior envolvimento dos profissionais da saúde com educação para propagar informações diretamente ao adolescente, no sentido de prevenir doenças e situações indesejáveis, a exemplo da gravidez na adolescência.

SEXUAL INITIATION OF TEENAGERS AND KNOWLEDGE OF CONTRACEPTIVE METHODS

ABSTRACT

Adolescence is a critical step in the process of growth and human development which corresponds to a period of discovery characterized by the need for social integration, the search for independence as well as sexual identity. This is a descriptive research with quantitative approach, performed at the Municipal School of 1st and 2nd Degree, located in the municipality of Conde / PB / Brazil, in 2013. The sample consisted of 29 female adolescents, children under 19 year old. The data were presented in tables, made of the features of Excel 2010 program and analyzed through simple descriptive statistics, based on the literature. In terms of results, most of the respondents, 58.6% were between 18-19 years, 72.4% claimed to be single with income below the poverty level 48.7% and the vast majority of 86.2 %, not developed any gainful activity; 58.6% were sexually active with onset at 18 years on average; 79.3% reported knowing contraceptive methods and 48.7% condom was cited as being the most popular method among the group. It was also identified that 5.7% were using some form of contraception. While recognizing the importance of working issues such as sexuality in adolescence it is clear that sexual orientation at this stage of life is an issue that has gaps, among the problems, there is the lack of information by qualified professionals and further notes was found that most of the time the information is acquired wrongly through friends and their peers. This reality points to the need for greater involvement of health professionals with education aimed at spreading information directly to this group in order to prevent diseases and unwanted situations.

Keywords: Women's health. Adolescence. Prevention and Control.

REFERÊNCIAS

1. Campos DMS. Psicologia da adolescência: Normalidade psicopatologia. 22. ed. Petropolis: Vozes; 2010.
2. Soares SM, Amaral MA, Silva LB, Silva PAB. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. Escola Ana Nery. [periódico na internet] Rio de Janeiro set. 2008 [acesso em: 14 out. 2013]; 12(3):485-91. Disponível em em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s141481452008000300014&lng=pt
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança e do Adolescente. Brasília 2010 [acesso em: 13 set. 2013] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicadores/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&co_noticia=10550.
- 4 Lima JL. Conhecendo o programa de saúde do adolescente. 2006. [acesso em: 10 nov. 2014]. Disponível em: <http://www.uff.br/dsicamep/prosad.htm>.
5. Camargo E, Agatha C, Ferrari RAP. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciênc. saúde coletiva. [periódico na internet] Rio de Janeiro jun 2009 [acesso em: 5 nov. 2013]; 14(3): 937-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300030&script=sci_arttext.
6. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal. Rev. Brasileira Ginecol. Obstet. [periódico na internet] Rio de Janeiro, 2009 [acesso em: 14 nov. 2013]; 31(3):148-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n3/a08v31n3>.
7. Okazaki ELFJ. Enfermagem e psicopedagogia: conhecimento e emoções das gestantes adolescentes no pré-natal. [Tese de doutorado] São Paulo: Universidade de Santo Amaro; 2007.
8. Organizações das Nações Unidas (ONU). [acesso em: 07 jan. 2014] Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-a-populacao-mundial/>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatística do registro civil. Rio de Janeiro 2011 [acesso em: 28 nov. 2014]; 29. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=10.
10. Ministério da saúde (BR). DST/AIDS ciclo do HIV e AIDS. Brasília(DF) 2008 [acesso em 02 março 2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro 2010 [acesso em: 14 nov. 2014]; 27. Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf.

12. Silva MMVA. O processo histórico de construção das concepções de paternidade. In: Pereira RC, Dias S, organizadores. Sexualidade na adolescência no novo milênio. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rio de Janeiro; 2007. p.54-65.

13. Oliveira TP, Carmo APA, Ferreira APS, Assis ILR, Passos XS. Meninas de luz: uma abordagem da enfermagem na gravidez na adolescência. Rev.inst ciência saúde. [periódico na internet] São Paulo 2009 [acesso em: 10 nov. 2013]; 27(2):122-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a004.pdf>.

14. Teixeira AMFB, Knauth KDR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativo: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e Na ultima relação sexual. Cader de saúde pública [periódico na internet] Rio de Janeiro 2006 [acesso em: 22 nov. 2013]; 22(7):1385-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700004.

15. Goncalves H.; Knauth DR. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. Rev. Antropol. [periódico na internet] São Paulo 2006 [acesso em: 14 nov. 2013]; 49(2): 625-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200004.

16. Miranda JC. Adolescência e vida sexual: o retrato de uma escola pública da região metropolitana do rio de janeiro. Rev. Saúde e Biol. [periódico na internet] Rio de janeiro 2013 [acesso em: 20 nov. 2013]; 8(2):31-40. Disponível em: <http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/1453/518>.

17. Freitas K R, Dias S M Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. Texto Contexto Enferm [periódico na internet] Florianópolis, 2010 [acesso em: 26 nov. 2013]; 19(2):351- 57. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72168/000753137.pdf?sequence=1>.

18. Vieira L M, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil [periódico na internet] Recife 2006 [acesso em: 14 nov. 2013] ;6(1): 135-40 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100016.

19. World Health Organization (WHO). Inequalities in young people's health. Health Behavior in School- Aged Children. International Report from 2005-2006. Genebra 2008 [acesso em: 27 nov. 2014]:5. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf.

20. Monteiro TF, Comune APD. Métodos contraceptivos: avaliação do grau de orientação dos adolescentes de ensino médio em determinada escola estadual. Revista Brasileira de Ciências da Saúde [periódico na internet] João Pessoa 2009 [acesso em: 02 dez. 2013]; 22; 83-9. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/526/371.

21. Sousa LB, Fernandes, JFP, Barroso MGT. Sexualidade na adolescência :análise de influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. Acta paul. enferm [periódico na internet] São Paulo 2006 [acesso em 19 nov 2013]; 19(4):408-413. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000400007&script=sci_arttext.
22. Lacerda LM, Elias CMV, Miranda RA, Monteiro ESOH, Feitosa VC, Ribeiro I AP. Percepção da gestante adolescente em relação ao atendimento pré-natal na atenção básica de saúde. R. Interd. [periódico na internet] Amapá 2014 [acesso em 12 dez 2014]; 7(2):51-59. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/402>.
23. Malta DC, Silva MAL; Mello FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha LMV, Freitas PC. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev Bras Epidemiol [periódico na internet] São Paulo 2011 [acesso em: 03 nov. 2013]; 14(1) Supl.: 147-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500015.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006. Brasília (DF) 2008. [acesso em: 14 out. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
25. Santos C, Carbonell dos S. Atividades educativas em sexualidade com adolescentes na escola: relatando experiência. Adolesc. Saúde. [periódico na internet] Rio de Janeiro, 2013 [acesso em: 05 nov. 2013]; 10(3)supl.: 53-55. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=415.
26. Silva k, Izidoro S, Vasconcelos FR, Maia CC, Sobreira T. Métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. Rev. Rene. [periódico na internet] Fortaleza, 2009 [acesso em: 18 nov. 2013]; 10(1):145-51. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n1_html_site/a17v10n1.htm.

Recebido em: 09.03.15 Aceito em: 18.12.15
--

HEPATECTOMIA MAIS ANASTOMOSE COLEDOCODUODENAL EM LITÍASE INTRA-HEPÁTICA E EM COLÉDOCO: RELATO DE CASO

Matheus Dantas Gomes Gonçalves¹
Thalles Ramon Azevedo Macedo²
Carlos Eduardo Guedine Júnior³
Paulo José Haiek Araújo⁴
Zailton Bezerra de Lima Júnior⁵
Marcelo Gonçalves Sousa⁵

RESUMO

A litíase intra-hepática é uma doença frequente na Ásia e embora rara no mundo ocidental, atinge principalmente mulheres e consiste na presença de cálculos nas vias biliares intra-hepáticas. O quadro clínico mais habitual costuma ser o de síndrome de colangite piogênica de repetição e frequentemente os pacientes apresentam as características da tríade de Charcot. O relato de caso descreve uma litíase intra-hepática em paciente que realizou colecistectomia prévia e manteve-se com colangites de repetição, elevação de enzimas canaliculares, hepáticas e da bilirrubina direta. Após confirmação diagnóstica por colangiorressonância, foi realizada abordagem cirúrgica com ressecção hepática para a completa remoção dos múltiplos cálculos e ductos intra-hepáticos alterados. Embora ainda não exista uma concordância sobre o tratamento cirúrgico da litíase intra-hepática, devido suas diferentes apresentações, a ressecção hepática nesse caso foi o método de escolha e a paciente apresentou boa evolução pós-operatória.

Palavras-chave: Colangiografia. Hepatectomia. Litíase. Cirurgia.

INTRODUÇÃO

A litíase intra-hepática (LIH) pode ser definida como a presença de cálculos nas vias biliares proximais à confluência dos ductos biliares, independente da presença ou ausência de cálculos na vesícula biliar ou via biliar extra-hepática¹. A LIH é uma entidade que atinge principalmente mulheres, podendo estar associada a complicações, tais como: colangite, abscesso hepático, insuficiência hepática e colangiocarcinoma. É muito frequente em países do Sudeste Asiático (10-15% dos pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia por litíase biliar) e menos comum na América do Sul (0,5-2%) e Europa².

A patogênese da formação de cálculos no trato biliar ainda não está completamente explicada, pois tem sido atribuída a distúrbios metabólicos, estase ou infecção. Os pacientes apresentam as características da tríade de Charcot: febre, dor em hipocôndrio direito (HCD) e icterícia, embora nem sempre presentes.

Apesar de ainda não existir um consenso sobre a terapia ideal para a LIH, tem-se como objetivos do tratamento a limpeza adequada da árvore biliar intra e

¹ Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. End.: Rua José Bartolomeu Cabral, 374, Bessa, João Pessoa-PB. CEP: 58035-320 Tel.: (83) 9656-0510. E-mail: matheus.dantas@gmail.com.

² Acadêmico da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

³ Residente de Cirurgia Geral da Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Médico assistente do serviço de Cirurgia Geral da Universidade Federal da Paraíba.

⁵ Médicos cirurgiões, Mestres e Docentes da Universidade Federal da Paraíba e Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

extra-hepática, maior redução de cálculos residuais, reconstrução da drenagem e remoção completa de zonas inflamatórias, atróficas e de estenoses do fígado.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, evoluía com icterícia e dor em HCD há cerca de dois anos. Há 26 meses, submeteu-se a colecistectomia videolaparoscópica (VDL), após repetidos quadros clínicos de dor em HCD com icterícia, febre e vômitos, que surgiam em média de quatro vezes ao ano e duravam de três a cinco dias. A dor apresentava irradiação para região lombar, aspecto de pontada e de grande intensidade. Após a cirurgia, continuou com episódios de colangite de repetição. Foi internada no Hospital Universitário Lauro Wanderley, apresentando os seguintes exames laboratoriais: bilirrubina total de 8,4 mg/dL (bilirrubina direta = 4,8mg/dL), além de AST = 372mg/dL, ALT = 729mg/dL, Fosfatase alcalina = 1.036mg/dL, gama glutamil transpeptidase = 1.206mg/dL e hemograma sem alterações.

A paciente realizou uma colangiorressonância magnética que evidenciou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, a custa de múltiplas imagens calculosas intraluminais, estando a maior situada no ducto hepático esquerdo e medindo cerca de 3,5cm no maior eixo longitudinal (Figura 1). O exame apresentou hepatocolédoco medindo 2,1cm em toda sua extensão, porém, sem evidências de cálculos.

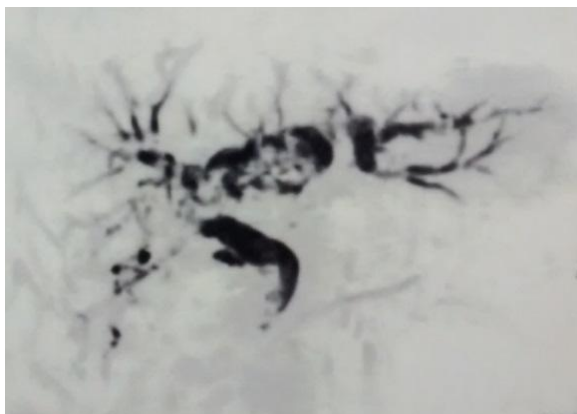


Figura 1 - Dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e presença de múltiplas imagens calculosas intraluminais.

Realizou-se uma colangiografia perioperatória (CPO) (Figura 2) pelo ducto cístico, seguida por exploração das vias biliares com pinças de Randall. Entretanto, devido ao tamanho, quantidade e localização dos cálculos no ducto hepático esquerdo, não foi obtido sucesso, pois apenas uma pequena parte dos mesmos foi retirada.



Figura 2 - CPO evidenciando grande quantidade de cálculos em ducto hepático esquerdo.

Dessa forma, optou-se pela realização de uma setorectomia lateral esquerda (Figura 3).



Figura 3 - Produto da setorectomia lateral esquerda com cálculos.

Para concluir a retirada dos cálculos restantes, realizou-se novamente exploração das vias biliares com pinças de Randall e turbilhonamento com soro fisiológico através de sondas. Por meio dessas manobras, uma grande quantidade de cálculos residuais foi removida (Figura 4), clareando a via biliar. Por fim, foi realizada anastomose coledocoentérica. A paciente evoluiu clinicamente com melhora do quadro clínico e o anatomopatológico evidenciou um infiltrado inflamatório crônico.



Figura 4 - Grande quantidade de cálculos extraídos.

DISCUSSÃO

A litíase intra-hepática é uma doença rara no mundo ocidental, mas percebe-se um aumento exponencial do número de casos recentemente. No Brasil, um estudo realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo mostrou que a LIH representou 2,1% de todas as doenças calculosas das vias biliares. O pico de incidência ocorre durante a terceira década de vida, uma década mais cedo do que em pacientes com colelitíase³.

A patogênese de formação de cálculos na LIH pode ser descrita em duas vias. Na via primária, há formação dos cálculos nos próprios canais biliares intra-hepáticos. Já a via secundária corresponde à formação de LIH a partir da migração de cálculos formados na vesícula biliar, ou ducto biliar comum, para o ducto biliar intra-hepático¹.

Um estudo do departamento de cirurgia digestiva da PUC do Chile deduziu que os casos de LIH neste país são, provavelmente, secundários a litíase da vesícula biliar e a estenoses biliares pós-inflamatórias ou isquêmicas dos ductos segmentares intra-hepáticos, e não a uma síndrome de Caroli como costuma ser referido. Conforme o estudo publicado, a presença de cálculos no lobo esquerdo do fígado foi mais comum, assim como na literatura internacional, embora seja uma relação menor do que nas séries internacionais. Este fato pode ser explicado pela angulação aguda do ducto hepático esquerdo ao alcançar a confluência dos ductos, o que resulta em maior estase biliar¹.

A clínica da LIH é baseada numa história de dor em hipocôndrio direito associada à icterícia, além de antecedentes cirúrgicos de litíase biliar e recorrências⁴. Os exames laboratoriais têm pouco valor diagnóstico, pois dão indícios inespecíficos da presença de colestase, sem indicarem o local da obstrução⁵.

Dessa forma, o diagnóstico pré-operatório é baseado em ultrassom, tomografia helicoidal três fases e/ou colangiografia por ressonância magnética⁶. O ultrassom e a tomografia computadorizada abdominal têm uma sensibilidade diagnóstica mais baixa, em comparação com a colangiorressonância, que deve ser o método de escolha utilizado para a exploração de toda a árvore biliar⁴. A colangiografia perioperatória deve ser realizada para avaliação completa da árvore biliar, pois o tratamento da LIH é cirúrgico e individualizado. É necessário basear-se na localização dos cálculos, na presença de anormalidades, estenoses, atrofias,

inflamação ou infecção de segmento do lobo hepático acometido, para o correto planejamento cirúrgico^{5,6}.

Assim, diferentes procedimentos cirúrgicos têm sido propostos, tais como: procedimentos de drenagem biliar, ressecção hepática ou ambos. Tais condutas consistem em remover as lesões do tecido hepático, extrair os cálculos e estenoses, descompressão da árvore biliar, controle de infecção e prevenção de recorrências⁷. A ressecção hepática parece ser a melhor abordagem definitiva para LIH, pois pode remover os cálculos e a estenose biliar simultaneamente. O tratamento é complexo e tem que ser individualizado de acordo com as diferentes apresentações da doença^{3,7}.

Estudos afirmam que a ressecção hepática seja recomendada para pacientes nos quais o segmento envolvido ou lóbulo do fígado com litíase, possam ser completamente removidos, especialmente em pacientes com atrofia do parênquima. Esta abordagem em pacientes com doença localizada é seguida por bons resultados em 80% a 100% dos casos³. As taxas de mortalidade para a ressecção hepática em centros especializados é atualmente menor do que 3%; assim, mesmo em pacientes com doença unilateral com nenhuma outra complicação (atrofia ou estenose), a ressecção é indicada. Para pacientes com doença bilateral, procedimentos de drenagem das vias biliares, tais como hepatojejunostomia ou papilotomia, são recomendados^{3,7}.

Deve-se preferir a hepatectomia anatômica ao invés da hepatectomia limitada (sob a forma de ressecção não anatômica ou ressecção em cunha) para casos de LIH localizada, visto que a primeira consiste num tratamento mais seguro e eficaz, com redução de cálculos residuais, menores morbidades e uma taxa justa de complicações.⁷ A remoção completa das pedras é possível em 80% a 90% dos casos, quando a cirurgia é combinada com a endoscopia pós-operatória ou métodos complementares transparietais.

Devido ao aumento de especialização em abordagens cirúrgicas hepáticas, a ressecção hepática pode ser considerada um tratamento potencialmente curativo para a LIH, principalmente em pacientes com doença unilateral irreversível. As taxas de cálculos residuais são bastante inferiores nas condutas por ressecção, quando comparadas a tratamentos sem ressecção hepática. O transplante de fígado tem hoje um papel importante nestes casos, uma vez que não apenas removem os cálculos, mas também elimina o risco conhecido de colangiocarcinoma intra-hepático¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso do relato, foi realizado a CPO após exploração das vias biliares e hepatectomia, que confirmou o clareamento da árvore biliar intra e extra-hepática. Em seguida, foi realizada uma anastomose bilioentérica, sendo esta indicada quando o ducto comum apresenta cálculos e uma dilatação de 2 cm ou mais. Embora a técnica preconizada seja a hepatojejunostomia em Y de Roux³, o procedimento de escolha no caso da paciente foi a anastomose coledocoduodenal pela chance de recorrência de cálculos intra-hepáticos e dificuldade no acesso transparieto-hepático. Desta forma, proporciona-se uma possível reabordagem via endoscópica, caso necessário. Quando bem indicada, como em casos de presença de lesões irreversíveis unilaterais, estenose de via biliar, parênquima atrofiado ou fibrose, a ressecção hepática é um método seguro e efetivo para o tratamento de LIH.

HEPATECTOMY MORE ANASTOMOSIS CHOLEDOCHUSDUODENAL IN INTRAHEPATIC STONES AND COMMON BILE DUCT: A CASE REPORT

ABSTRACT

Intrahepatic lithiasis is a frequent disease in Asia and although rare in the Western world, mainly affects women and consists is the presence of stones in the intrahepatic bile ducts. The most common clinical presentation is often the recurrence of pyogenic cholangitis syndrome and frequently patients have the characteristics of Charcot's triad. This case report describes an intrahepatic lithiasis in patient who underwent prior cholecystectomy and remained having repeated episodes of cholangitis, elevation of bile canalicular and liver enzymes and direct bilirubin. After diagnostic confirmation by resonance cholangiography, surgical approach was held with hepatic resection for a complete removal of stones and intrahepatic bile ducts affected. Even though there is still no agreement on the surgical treatment of intrahepatic lithiasis because of its different presentations, liver resection in this case was the method of choice and the patient presented good postoperative evolution.

Key-words: Cholangiography. Hepatectomy. Lithiasis. Surgery.

REFERÊNCIAS

1. Jarufe NC, Muñoz CC, Martínez JC, Guerra JFC, Pimentel FM. Definiciones y conceptos en hepatolitiasis. Rev Chil Cir. 2013; 65(4): 360-363.
2. Marín C, Robles R, Pastor P, Parrilla P. Resección hepática en el tratamiento de la litiasis intrahepática: Resultados inmediatos y a largo plazo en una serie occidental. Rev. esp. enferm. dig. 2008; 100(4): 225-229.
3. Herman P, Bacchella T, Pugliese V, Montagnini AL, Machado MA, da Cunha JE, et al. Non-Oriental primary Intrahepatic lithiasis: experience with 48 cases. World J Surg. 2005;29(7):858-62; discussion 863-4.
4. Torres-Zevallos H, Sánchez-Gambetta S, Mendivil RZ, Valcárcel MS. Litiasis Intrahepática. Rev. gastroenterol. Perú, Lima, v. 28, n. 1, enero 2008.
5. Caly WR, Carpi G, De Sica AC A.R, Catapani WR. Calculose intra-hepática: desafio diagnóstico como causa de colestase - relato de caso. GED. 2009;28:67-70.
6. Herman P, Perini MV, Machado MA, Bacchella T, Pugliese V, Saad WA, et al. Liver resection as the definitive treatment for unilateral non-oriental primary intrahepatic lithiasis. Arn J surg. 2006;191 (4):460-4.
7. Jiang H, Wu H, Xu Y, Wang J, Zeng Y. An Appraisal of Anatomical and Limited Hepatectomy for Regional Hepatolithiasis. World J Surg. 2010;12 (8):757-761.

Recebido em: 18.04.15 Aceito em: 23.11.15
--

EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DO PROJETO “PREVENÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS BACTERIANAS E PARASITÓSES”

Ana Karina Holanda Leite Maia¹
Clélia de Alencar Xavier Mota²
Juliana Maria da Silva³
Kaique Ferreira Costa de Almeida³
Nara Percília da Silva Sena³
Tharsila Guimarães Dos Anjos Ferreira³

RESUMO

Esse artigo trata-se de um relato de experiência sobre um trabalho realizado por um grupo de estudantes de Medicina, participantes de um projeto de extensão intitulado de “Educação e saúde: prevenção das doenças infecciosas bacterianas e ectoparasitoses”, cujos objetivos foram levar o conhecimento sobre as doenças infecciosas e bacterianas a um grupo de professores em uma escola pública, e também à comunidade escolar infantil que visitou as atividades proporcionadas pelo projeto, em parceria com a Faculdade de Medicina Nova Esperança. As atividades aconteceram no ano de 2014, sendo distribuídas entre o primeiro e o segundo semestre letivo. Para tanto, foram realizadas exposições dinâmicas e esclarecedoras que proporcionaram entendimento claro e objetivo a todos que foram assistidos. As equipes se reuniram uma vez por semana, num primeiro momento com os pais e professores, e num segundo momento com as crianças. Para os primeiros, em uma única apresentação, foram abordados temas como faringoamigdalites, otites, sinusites, pneumonia, coqueluche e doenças parasitárias. Para as crianças foram feitas duas atividades, de forma lúdica, a respeito de prevenção de infecções bacterianas e parasitoses. Com base nisso, concluiu-se que os objetivos do projeto foram alcançados e que os resultados encontrados ultrapassam estatísticas e números, tendo sido resultados qualitativos, com esclarecimento sobre doenças prevalentes na comunidade, bem como instruções para as resoluções de possíveis problemas relacionados às mesmas, que antes não eram conhecidas e a partir dessas iniciativas o foram. Pais, professores e alunos se mostraram gratos e satisfeitos com o que lhe foram passados. Houve imensa contribuição do projeto e suas diretrizes para a educação e construção de conhecimento da parcela da sociedade envolvida.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Doenças Transmissíveis. Prevenção de Doenças. Crianças. Docentes.

¹ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e orientadora do Projeto de Extensão - Educação e Saúde: Prevenção das Doenças Infecciosas Bacterianas. João Pessoa, Paraíba, Brasil. End.: anakarinamaia@hotmail.com.

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e colaboradora do Projeto de Extensão - EDUCAÇÃO E SAÚDE: PREVENÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS BACTERIANAS. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa visa relatar a experiência do projeto “Educação e saúde: prevenção das doenças infecciosas bacterianas e ectoparasitoses”, que se desenvolvem para alunos da rede pública, sobretudo da Escola Luiz Crispim, localizada na Avenida Tancredo Neves, na cidade de João Pessoa-PB, bem como atividades de Mostras na Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FAMENE). As ações educativas são desenvolvidas por docentes e discentes de graduação em Medicina. Neste projeto, o ser humano é considerado como em crescimento, em desenvolvimento, com necessidades biopsicosocioculturais, capaz de captar os ensinamentos que são desenvolvidos no ambiente do projeto, que fica circunscrito à escola, à faculdade, ao lar¹.

A natureza do projeto busca envolver desde alunos aos pais de alunos, passando por docentes quanto às estratégias de promoção e prevenção de doenças bacterianas e parasitoses; além de divulgar, por meio de ações próprias desenvolvidas durante o ano, as principais afecções que acometem discentes em idade escolar e a forma como os pais e professores devem buscar orientação e tratar, quando for o caso. Educação em saúde é definida como um conjunto de saberes e práticas norteadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde².

A metodologia de ensino proposta tem como eixos teóricos a interdisciplinaridade, a prevenção das doenças em crianças e adolescentes, o empoderamento e o processo dialógico de ensino e aprendizagem³. Sendo assim, dada a relevância do assunto e a perspectiva de aprimorar a relação entre ensino, pesquisa e extensão é que o estudo tem por objetivo relatar a experiência da educação em saúde para um grupo de estudantes, participantes do Projeto “Educação e saúde: prevenção das doenças bacterianas e parasitoses”.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Projeto de Extensão se mostrou enriquecedor para a formação acadêmica, pois possibilitou a visualização das deficiências no serviço público de saúde voltado para essa parcela da população, em que o profissional de saúde atua esclarecendo dúvidas e levando mais conhecimento. Entende-se por extensão universitária uma oportunidade de se criar novos caminhos para uma mudança social, em que existe uma troca entre o conhecimento adquirido na universidade e o conhecimento com a comunidade trabalhada. Neste contexto, se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela, tampouco, a sociedade muda⁴.

O Projeto iniciou-se em 24 de fevereiro de 2014, quando as equipes foram divididas para distribuição das atividades. Cada grupo ficou responsável por uma apresentação na escola e duas apresentações na FAMENE para as crianças. As equipes se reuniram uma vez por semana para debater formas de apresentar o conteúdo proposto de uma forma em que se conseguisse a compreensão não só dos pais e professores, mas principalmente das crianças. A experiência foi relatada em dois eixos: o primeiro aponta as contribuições do projeto para os professores e crianças; e o segundo valoriza as experiências de aprendizagem para os acadêmicos.

A primeira apresentação foi direcionada aos professores da escola e foram abordadas doenças de maior significância nos dias habituais da docência. Foram feitas apresentações orais, com ilustrações demonstradas em projeção, seguidas de perguntas e discussões sobre doenças das vias aéreas superiores e inferiores como

faringoamigdalites, otites, sinusites, pneumonia, coqueluche e doenças parasitárias. As professoras se mostraram bastante interessadas e relataram que conseguiram compreender os principais sintomas e medidas a serem tomadas frente a uma criança com uma destas afecções, além de conseguirem com maior propriedade passar esse conhecimento para os pais dos alunos.

As duas atividades seguintes foram determinadas para uma apresentação direcionada às crianças onde seria ilustrada de forma lúdica, como ocorre a contaminação e como pode ser feita a prevenção de infecções bacterianas e parasitoses. Na primeira apresentação foi abordada, de uma forma geral, a prevenção de infecções bacterianas no trato respiratório. Após orientação, no segundo momento, foi determinado o tema “A Fantástica Fábrica de Bactérias”, na qual podemos interagir com as crianças por meio de uma dinâmica, chamando atenção para as principais formas de prevenção das infecções bacterianas e o conhecimento de algumas doenças, como faringoamigdalite, pneumonia e coqueluche. As crianças mostraram muito interesse e participação, fizeram perguntas e responderam a tudo o que era perguntado. Foi um momento de muito aprendizado, onde a prioridade era chamar a atenção da criança e estimular a sua curiosidade e a vontade de aprender.

Para a realização das ações educativas, por meio das dinâmicas de grupo, foram utilizados computadores, datashow, aparelho de som, textos informativos, brincadeira e imagens, buscando promover uma melhor visualização e compreensão das temáticas exibidas, bem como promover uma maior interação entre os participantes do grupo. As dinâmicas de grupo geram uma aprendizagem de várias formas aos integrantes. Isso confirma a situação encontrada no projeto, em que percebemos que as dinâmicas promoveram maior aproximação entre os participantes, favorecendo o esclarecimento das dúvidas.

A linguagem empregada foi de acordo com o nível instrucional dos participantes, além de se introduzir alguns termos técnicos necessários para o processo de ensino dos professores e dos alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, ao longo do período de atividades realizadas durante o ano de 2014, notou-se a imensa contribuição do projeto “Educação e saúde: prevenção das doenças infecciosas bacterianas e ectoparasitoses” para a comunidade assistida, composta por professores da Escola Luiz Crispim e pelas crianças que visitaram as Mostras realizadas na Faculdade de Medicina Nova Esperança.

Ao se introduzir dinâmicas que objetivaram esclarecer sobre as doenças infecciosas e bacterianas, observou-se como todos foram receptivos às informações e como demonstraram tamanha satisfação em obter novos conhecimentos que, a partir de então, lhe seriam úteis para a vida.

O projeto em questão foi um instrumento de grande contribuição para a formação e informação dos profissionais assistidos, de forma que, após os esclarecimentos prestados pelos alunos do projeto, todos se sentiram mais seguros e capazes de identificar possíveis alterações na saúde dos alunos. Já em relação às crianças que visitaram as Mostras na Faculdade de Medicina Nova Esperança, essas puderam levar consigo aprendizados concretos que adquiriram de forma lúdica, sentindo-se também mais conhecedores das enfermidades que foram apresentadas. Assim, percebe-se que o Projeto forneceu um conhecimento prático e verdadeiro a todas essas pessoas, abrindo-lhes a mente para uma nova perspectiva

de visualizar o ambiente em que vivem e como podem identificar possíveis alterações, bem como cuidar de forma precisa da própria saúde e da saúde dos que estão ao seu redor.

A vivência experimentada ao longo desse período de atividades também teve seu impacto para os alunos de Medicina, que se envolveram e foram os agentes ativos dessa história. O projeto proporcionou uma experiência gratificante para tais alunos, pois os mesmos puderam se sentir úteis perante a sociedade, em poder contribuir de forma significativa na construção da educação de todos os assistidos. As dinâmicas desenvolvidas também serviram para oferecer mais experiência na arte de passar o conhecimento adquirido e potencializar as capacidades de cada um, gerando estudo, pesquisa e muitocrescimento.

O saber que foi ministrado deixará suas marcas durante um tempo prolongado na mente dessas pessoas, e fazer parte desse crescimento é um privilégio de poucos e que poucos vão esquecer. Assim, através do projeto "Educação e saúde: prevenção das doenças infecciosas bacterianas e ectoparasitoses", percebe-se a profundidade do compromisso sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças, observando que muito há que ser feito pelos agentes da saúde em todo o tempo, a fim de que humanidade chegue mais longe e se aperfeiçoe nesse imenso saber.

EDUCATION AND HEALTH: A REPORT OF UNIVERSITY EXTENSION PROJECT EXPERIENCE "PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES BACTERIAL AND PARASITOSIS"

ABSTRACT

This article it is an experience report on a study conducted by a group of medical students, participants of an extension project entitled "Education and health: prevention of bacterial infectious diseases and ectoparasites" that aimed to bring knowledge on infectious and bacterial diseases to a group of teachers in a public school, and also the children's school community who visited the activities provided by the project, in partnership with the Faculty of Medicine New Hope. The activities took place in 2014, being distributed between the first and second semester. To this end, dynamic and enlightening exhibition that provided clear understanding and purpose to all who were assisted were held. The teams met once a week at first with parents and teachers, and a second time with the children. For the former, into a single presentation, they were discussed topics such as tonsillitis, otitis, sinusitis, pneumonia, whooping cough and parasitic diseases. For children were made two activities in a playful manner, as to prevent bacterial infections and parasitic diseases. On that basis, it was concluded that the project objectives have been achieved and that the results found beyond statistics and numbers, being qualitative results, with insight into diseases prevalent in the community, as well as instructions for the resolutions of possible problems related to them, that they were not known and from these were the initiatives. Parents, teachers and students were grateful and satisfied with what you were passed. There was immense contribution of the project and its guidelines for education and knowledge construction of part of the company involved.

Keywords: Health Education. Communicable Diseases. Disease Prevention. Child. Faculty.

REFERÊNCIAS

1. Elsen I, et al. Ensinando e aprendendo saúde e cidadania: um relato de experiência de extensão universitária do projeto UnivaliMulher. Rev. Contrapontos. 2008;8(1). [acesso em: 16 dez 2014] Disponível em: <http://www6.univali.br/seer/index.php/rc/article/viewFile/939/795>
2. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2005;9(16):39-52.
3. Machado RC, et al. Giardíase e helmintíases em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privadas) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba. Dez. 1999;32(6). [acesso em: 16 Dez. 2014] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821999000600013&lng=en&nrm=iso.
4. Freire P. Educação como prática de liberdade. 16. Ed. São Paulo: Paz e Terra; 1974.

Recebido em: 22.12.14 Aceito em: 28.08.15
--

PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA ATRAVÉS DE OFICINAS TEMÁTICAS

Isabella Ramos Andrade Barreto Coutinho¹
Jucyleia Oliveira Marques²
José Victor Magalhães Santos²
Danielle Serafim Pinto³
Weruskha Abrantes Soares Barbosa⁴

RESUMO

Trata-se de uma vivência desenvolvida por acadêmicos de Medicina com adolescentes assistidos pela USF Ipiranga objetivando desenvolver no grupo o senso de responsabilidade com sua saúde mediante participação e reflexão dos problemas no contexto em que esses jovens e seus parentes estão inseridos. Realizou-se 3 encontros com 15 adolescentes, tendo como objetivo refletir sobre as principais necessidades da comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família do Ipiranga e estabelecer metas para motivar a própria comunidade a desenvolver suas ações, em busca de resolutividade. As atividades foram realizadas por integrantes do Projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde” da Faculdade de Medicina Nova Esperança, no formato de rodas de conversas, aula expositiva e prática em laboratório sobre os temas “anatomia humana” e “primeiros socorros”. Houve troca de saberes, debate entre o grupo que facilitou a discussão e reflexão dos adolescentes quanto aos temas abordados de forma qualitativa, bem como aprendizado aos discentes de medicina de grande relevância para vida profissional.

Palavras-chave: Adolescente. Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão “Educação Popular em Saúde”, desenvolvido por docentes e discentes de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança tem por objetivo refletir sobre as principais necessidades da comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família (USF) do Ipiranga e estabelecer metas para motivar a própria comunidade a desenvolver suas ações, em busca de resolutividade. Deste modo, o desvelar deste cenário é capaz de suscitar discussões que contribuam de forma significativa para a construção de novas metodologias, tecnologias e saberes que serão de suma importância para consolidação de um SUS embasado no que está disposto na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), tecendo assim um conjunto de práticas e saberes que nortearão o empoderamento dos sujeitos sociais no âmbito da saúde¹.

¹ Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. End.: Rua Osvaldo Tavares de Melo, nº556, apto. 201, Edf. Personal Residence, Manaíra. João Pessoa-PB. E-mail: isabellaramoscoutinho@gmail.com.

² Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. E-mail: victorsantos2910@hotmail.com.

³ Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Biotivos pela UFPB. Docente da FAMENE. E-mail: dani-serafim@hotmail.com.

⁴ Socióloga. Mestranda em educação pela CINTEP-PB. Docente da FAMENE. E-mail: weruskha@hotmail.com.

Através de reunião entre coordenador, colaboradores, extensionistas e enfermeiras da USF, observou-se a necessidade de desenvolver uma proposta de inserção da Educação Popular em Saúde para os adolescentes desta referida área, devido à dificuldade de abordagem e participação desta população em questão nas atividades desenvolvidas pela unidade. Neste sentido, essa forma de educação contribui para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservarem e melhorarem a sua vida.

Na atualidade, faz-se necessária uma atenção voltada para os adolescentes na esfera da Educação Popular em Saúde, em decorrência das mudanças físicas, psíquicas e sociais próprias da fase, que se configuram em um quadro de vulnerabilidade social aos agravos que acometem os sujeitos em tela².

As ações de educação em saúde desenvolvidas para estudo, pelos discentes de Medicina, basearam-se em estratégias para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes, considerando o contexto cultural no qual estão inseridos, em um processo contínuo e crescente de aprendizagem, contribuindo efetivamente para ampliar conhecimentos, além de modificar atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde. A educação em saúde tem como objetivo principal a abertura de debates no âmbito governamental, com os profissionais e a população³.

Diante dessa abordagem, foi feito um relato de experiência pelos estudantes da Faculdade de Medicina Nova Esperança a respeito das oficinas temáticas realizadas com os adolescentes do bairro do Valentina, na cidade de João Pessoa, Paraíba, tendo como objetivo a descrição das contribuições alcançadas e das discussões geradas na promoção da saúde destes jovens.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, no período compreendido pelo planejamento e a execução de oficinas temáticas para promoção da educação em saúde na adolescência, por meio de abordagem descritiva e exploratória, com análise qualitativa.

Os participantes foram os adolescentes assistidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Ipiranga no bairro Valentina, na cidade de João Pessoa, os docentes e discentes do curso de graduação em Medicina da FAMENE. As oficinas tiveram como objetivo enfatizar além do processo de transmissão de conhecimento, a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento.

Para o estudo, foram necessários três encontros que contaram com a presença de todos os participantes. O primeiro encontro foi um momento de acolhimento, discussão e definição das temáticas de interesse dos adolescentes para, então, a realização das oficinas temáticas nos dois encontros posteriores. As oficinas foram oferecidas a um grupo de 15 adolescentes, com idades entre 13 e 15 anos, sendo 08 do sexo feminino e 07 do sexo masculino, formando o público-alvo do estudo.

Esses jovens foram acompanhados, durante o mês de abril, no primeiro semestre do ano de 2014, por docentes e acadêmicos de medicina da FAMENE, integrantes do Projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde”, sendo realizados encontros semanais na faculdade.

Inicialmente foi realizada a observação das condições socioeconômicas, de moradia e de saúde dos adolescentes e de suas famílias. Dessa maneira, foi possível fazer um levantamento das suas reais necessidades em saúde e de interesse de aprendizado. E como resultado do primeiro contato entre os participantes do projeto e os adolescentes da comunidade do Valentina, os temas definidos para as oficinas foram “Anatomia Humana” e “Primeiros Socorros”.

Os adolescentes participantes do projeto estavam cursando o oitavo ano do ensino fundamental, onde estava sendo abordado em sala de aula o tema funcionamento do corpo humano. Estes sentiam a necessidade de entender e relacionar os ensinamentos da sala de aula tradicional com as alterações e vivências próprias de seus corpos pela puberdade.

A utilização de uma linguagem comum que a educação popular preconiza possibilitou a interação e outros encontros. Os alunos extensionistas envolvidos no projeto alcançaram a interação com os adolescentes e conseguiram responder a questões do cotidiano e esclarecer suas dúvidas, sanando-as por diversos meios didáticos, como a exposição da anatomia humana e suas estruturas, sistemas e funções, na sala de estudos de anatomia, pela exposição de partes do corpo humano. A valorização do saber e valores do educando permitiram que eles se sentissem “em casa” e mantivessem suas iniciativas.

O uso da textualização, de rodas de conversa e de aulas expositivas e práticas, em laboratórios, com os adolescentes foram essenciais para o desenvolvimento da observação, análise crítica e reflexiva dos estudantes, aprimorando os registros das atividades propostas.

A avaliação do aprendizado, sobre as temáticas trabalhadas, ocorreu através de dinâmicas realizadas ao final de cada encontro, sendo constatado um grande aproveitamento e assimilação do conhecimento ao término de cada atividade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A relação de igualdade de estudantes aprendendo uns com os outros gera uma relação de interdisciplinariedade, na qual a espera educacional valoriza a vivência de cada pessoa, como um ser detentor de saberes ampliados e diversos⁴.

Dessa forma, foi realizada a primeira oficina, a partir de abordagem prática e visual, sendo trabalhada a temática “Anatomia Humana”, ministrada pelos extensionistas, discentes de medicina, na qual foi notória a interação e anseio em aprendizagem dos jovens, uma vez que houve diversas interrupções para questionamentos sobre os assuntos abordados. O título da palestra foi a totalidade do corpo humano, as funções de seus sistemas e algumas curiosidades que eram de interesse dos jovens. Dando início, foi esclarecido sobre tudo o que seria explicado na aula, por meio de uma conversa informal, deixando os adolescentes mais confortáveis para questionar sobre qualquer dúvida existente e também para que houvesse uma boa dinâmica e interação entre o grupo envolvido.

Diante dos assuntos apresentados, eles tiveram abertura para falar de suas experiências e daquilo que eles imaginavam ser o correto sobre determinada “parte de seu corpo”, e a partir disto, a explicação fluiu de maneira a entender o que era verdadeiro de seus conhecimentos prévios e o que não era verdadeiro. Ainda houveram muitos questionamentos, principalmente no que se refere às doenças que os mesmos possuíam ou algum familiar e/ou conhecido e, por essa razão, foi alcançada uma interação que ajudou a quebrar paradigmas. Logo após, os adolescentes vivenciaram um momento no laboratório de anatomia humana, onde

tiveram contato com partes dos corpos humanos dissecados e observaram a anatomia do corpo humano mostrada pelos alunos de Medicina.

A Educação Popular possibilita uma experiência de compartilhar o aprender e o saber que vai além da leitura da palavra, levando o educando a aprender a ler de maneira crítica e criativa o seu mundo, a sua própria vida⁵. Sendo um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) nesse trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade⁶.

O terceiro encontro foi a oficina realizada no laboratório de Suporte Básico de Vida da FAMENE, sendo abordado o conteúdo de “Primeiros Socorros”. Iniciou-se a atividade falando sobre o que compreende o atendimento prestado a uma vítima de mal súbito ou trauma, visando a manutenção de seus sinais vitais e a preservação da vida, além de evitar o agravamento das lesões existentes, até que uma equipe especializada possa transportá-la ao hospital e oferecer um tratamento definitivo.

O primeiro assunto abordado foi a parada cardiorrespiratória e a utilização do desfibrilador automático – DEA. Em seguida, foram demonstradas as manobras de desobstrução de vias aéreas, e de imobilização de pequenas fraturas, com a participação e interação dos adolescentes, que relataram casos recorrentes no seu cotidiano. Com o apoio dos “bonecos” dos laboratórios foi possível pôr em prática as técnicas tanto realizadas no adulto como em bebês. Posteriormente, os adolescentes foram divididos em duplas para pôr em prática todo o aprendizado repassado, sendo esclarecidas as incertezas e corrigidas as manobras técnicas que estavam incorretas.

O ambiente diferenciado do laboratório trouxe aos adolescentes e extencionistas a possibilidade de desenvolver a criatividade e a confiança, gerando autonomia nos processos educativos de prevenção em saúde⁶.

A escola é o ambiente social no qual o indivíduo passa grande parte de sua vida. Ficou claro, após o encontro, a carência destes conteúdos nessas escolas, tornando-se evidente a importância de ações como estas junto à comunidade, com a explanação sobre um conteúdo relevante, que, ao certo, deveria ser abordado em sala de aula, para que essas crianças e adolescentes sejam capazes de salvar uma vida com medidas simples de suporte à vida.

Então, a oficina de Primeiros Socorros baseou-se no interesse desses adolescentes em aprender a socorrer corretamente a uma vítima, buscando a preservação da vida no aguardo da equipe especializada, sendo preconizado que os mesmos, presentes nessas situações, saibam a quem recorrer e como auxiliar com procedimentos primários. E com a estrutura do laboratório da instituição FAMENE foi possível dispor de um ambiente próprio ao aprendizado, mostrando técnicas de forma interativa e lúdica.

O projeto acrescentou autonomia e esperança, pois ensinar é um ato de respeito com os diversos conhecimentos e suas formas de expressão. Ao unir os diversos setores da sociedade como escolas, USF, faculdade, entre outros, foi alcançada a intersetorialidade, ampliando o olhar da saúde para além do processo de adoecimento e cura. No nível internacional, o Brasil teve papel pioneiro na constituição do método da Educação Popular, o que explica em parte a sua importância, aqui, na redefinição de práticas sociais dos mais variados campos do saber⁷.

A participação desses adolescentes na ação promovida pelo projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde”, permitiu-lhes melhor compreender o seu corpo e as mudanças que ocorrem nessa idade de transição, assim como auxiliar o próximo em uma eventual situação de risco, sabendo como prosseguir e ajudando a salvar vidas, tornando-se cidadão mais cooperativo e multiplicador do aprendizado apreendido. Só existe ensino quando este resulta num aprendizado em que o aprendiz se tornou capaz de recriar ou refazer o ensinado, ou seja, em que o que foi ensinado foi realmente aprendido pelo aprendiz⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a troca de experiências e o alcance de um objetivo comum pelos extensionistas, professores e os adolescentes. Levando a acreditar que os conhecimentos foram absorvidos e a exposição dos temas por oficinas interativas, com a troca de experiências e saberes, foi enriquecedora para o futuro profissional dos discentes de medicina, que no seu dia a dia irão lidar com pacientes em sua totalidade, expandindo sua visão do processo de adoecimento-cura para a promoção e prevenção em saúde.

Nesse contexto, a partir da construção do saber, ele adquire autonomia que o torna capaz de gerar mudanças de comportamento e, mesmo que estas não sejam imediatas, podem gerar reflexões sobre práticas e atitudes futuras.

Reforça-se ainda a importância da promoção da educação em saúde de crianças e adolescentes, sendo este o melhor meio de se construir um futuro melhor, buscando preencher o tempo livre destes jovens, conseguindo retirá-los do meio que poderia levar a um futuro não tão promissor e perigoso.

HEALTH EDUCATION PROMOTION IN ADOLESCENCE THROUGH THEMATIC WORKSHOPS

ABSTRACT

This is an experience developed by scholars of Medicine with teenagers assisted by USF IPIRANGA objective of developing the group's sense of responsibility for their health through participation and reflection of the problems in the context in which these young people and their relatives are inserted. Held 3 meetings with 15 adolescents, aiming to reflect on the main needs of the community assisted by the Health Unit Ipiranga family and set goals to motivate the community to develop their own actions, in search of solving. The activities were carried out by members of the Popular Education Extension Project in the Faculty of Health New Hope Medical, wheels in format of talks, lecture and practice in the laboratory on the issues of human anatomy and basic life support. There was exchange of knowledge, debate between the group facilitated the discussion and reflection of adolescents about the topics covered in a qualitative analysis, as well as learning the great importance of medical students to practice professional life.

Keywords: Teenager. Health education.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. Cossa APP, Jardim DP. O enfermeiro na educação em saúde na adolescência nos últimos dez anos. Rev. Enferm UNISA 2011; 12(1): 58-63.
3. Oliveira LC, Avila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. Interface (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp. 1389-1400.
4. Gomes LB, Merhy EE. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Interface (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp. 1427-1440.
5. Santos AS, organizador. Curso Educação Popular em Saúde. Rio de Janeiro, ENSP, 2013.
6. Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KSQS. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp. 1355-64.
7. Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa. 43ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

Recebido em: 09.03.15 Aceito em: 15.10.15
--

IMPORTÂNCIA DE AÇÕES EDUCATIVAS ENVOLVIDAS COM A RECICLAGEM DENTRO DO CAMPO DA SAÚDE

Fernanda Patrícia Jeronymo Pinto¹
Pedro Victor Menezes Alves²
Vinicius Pedro Lira de Andrade²
Wagner Wanderley Costa²
Waléria Bastos de A. G. Nogueira³
Kelly Samara de Lira Mota⁴

RESUMO

Atualmente, observa-se que ainda são escassas ações educativas voltadas para a temática ambiental e da reciclagem dentro do campo da saúde. Desenvolver um trabalho continuado de educação ambiental e saúde para o alcance da cidadania torna-se algo fundamental para promover uma melhoria da qualidade vida e sustentabilidade. Nessa perspectiva a presente pesquisa teve como objetivo estimular a cidadania por meio de ações educativas lúdicas. O trabalho foi desenvolvido junto à Escola de Ensino Fundamental Comendador Cícero Leite, em João Pessoa-PB e foi resultado do projeto de extensão “Sentinelas do Meio Ambiente: resgatando os princípios de saúde, ambiente e cidadania”. Inicialmente foram realizadas reuniões com os integrantes da escola procurando conhecer a sua realidade, as suas necessidades básicas e os conceitos já existentes. Também foram realizadas várias atividades lúdicas, como apresentação de vídeo sobre a temática ambiental, gincana de coleta seletiva e oficinas de artes com material reciclado, procurando assim, mostrar a importância de serem realizadas ações educativas com crianças voltadas para a reciclagem dentro do campo da saúde, a fim de despertar nessa parcela da população a conscientização, o exercício da cidadania e respeito ao ambiente, contribuindo assim, para um planeta mais saudável.

Palavras-chave: Saúde Ambiental. Reciclagem de Lixo. Coleta de Lixo.

INTRODUÇÃO

Vivemos em um mundo globalizado, consumista, digitalizado e moderno, que produz muitos bens de consumo, sem a devida preocupação com o meio ambiente, como se os recursos naturais fossem inesgotáveis. Aliado a este desenvolvimento socioeconômico, está o crescimento desordenado das cidades sem planejamento e infraestrutura para atender às necessidades ambientais e de saúde da população¹.

Os resíduos sólidos representam um grande desafio para a sociedade contemporânea. Apesar dos investimentos e esforços por parte dos governantes em

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End.: Rua Infante Dom Henrique, 451. Tambaú. Tel.: (83) 99408-5469. E-mail: fernandapatriciapinto@gmail.com.

² Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. E-mail: wagnerwcosta@gmail.com.

³ Mestranda em Saúde da Família. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: waleriabastos@hotmail.com.

⁴ Doutorado em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos, na área de concentração de Farmacologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB e Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kellylira@gmail.com.

sistemas de equacionamento do lixo, este ainda é considerado um dos maiores problemas nas cidades brasileiras, podendo causar impactos ambientais, além de, ser um meio de transmissão e propagação de várias doenças^{2,3}.

Desde as últimas décadas do Século XX e os primeiros anos do Século XXI, existem preocupações com a problemática ambiental dentro da Saúde Pública. A sensibilização global para as questões ambientais tem se apresentado como uma das preocupações crescentes em todo o mundo, com muitos países assinando acordos para diminuição dos impactos causados ao meio ambiente^{4,5}. Portanto, é preciso buscar o pensar e agir de forma sustentável, garantindo assim melhorias na qualidade de vida humana e ambiental, para as gerações presentes e futuras.

No entanto, a temática ambiental ainda ocorre de forma periférica dentro do setor de saúde e seus profissionais, em que ainda é incipiente o engajamento desses profissionais em ações que visem à saúde ambiental. Por isso torna-se necessária a reflexão acerca do bem-estar ecológico e humano. Desse modo, tratar da questão ambiental assume relevância fundamental na atualidade, principalmente para os trabalhadores de saúde, pois o viver saudável depende diretamente da qualidade de vida humana e ambiental.

A educação ambiental pode ser aplicada de várias formas possíveis, porém, ambas convergindo para uma finalidade básica, a construção de valores sociais, conhecimentos, atitudes, habilidades e competências voltadas para a preservação do meio ambiente e promoção da saúde⁶. Pode ser considerada como o caminho que conduz a conscientização do aluno, proporcionando a construção de um mundo mais justo, saudável, sustentável e ético⁷. Assim, articular saber, conhecimento, vivência, escola, serviço de saúde, comunidade, meio ambiente, e muitos outros aspectos, torna-se um dos objetivos da interdisciplinaridade que se traduz, na prática, por um trabalho coletivo e solidário na organização da escola⁸. Nesse contexto, ações em Educação Ambiental, pautadas em metodologias da Educação Popular em Saúde, apresentam-se, dentre outros fatores, como uma perspectiva multidisciplinar de diferentes saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Desenvolver um trabalho continuado de educação ambiental e saúde para o alcance da cidadania torna-se algo fundamental para promoção de melhorias das condições ambientais e de saúde da população, em prol do desenvolvimento sustentável e qualidade de vida. Nessa perspectiva, o referido trabalho tem como objetivo mostrar a importância de serem realizadas ações educativas com crianças, voltadas para a reciclagem e reaproveitamento de lixo dentro do campo da saúde, a fim de despertar nessa parcela da população a conscientização a respeito do ambiente, a fim de promover o exercício da cidadania na comunidade em que estão inseridas, favorecendo a constituição de ambientes mais saudáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

A escola escolhida para a realização deste trabalho, como parte das atividades do projeto de extensão “Sentinelas do meio ambiente: resgatando os princípios de saúde, ambiente e cidadania.” apoiado pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica (NUPEA) e em parceria com a Empresa Municipal de Limpeza Urbana (EMLUR), foi a Escola Municipal de Ensino Fundamental Comendador Cícero Leite, localizada no Valentina Figueiredo em João Pessoa-PB.

A metodologia adotada no presente estudo é qualitativa, através de atividades lúdicas, dinâmicas e participativas que oportunize a interação entre discentes,

docentes e a comunidade escolar na perspectiva da construção de saberes e fazeres, (re)construindo, dessa forma, a cidadania.

Inicialmente foram realizadas reuniões entre a equipe condutora do projeto e os integrantes da Escola Municipal, com o intuito de conhecer a sua realidade, as suas necessidades básicas e os conceitos já existentes, bem como para que estes pudessem entender a real importância do projeto. Também foram realizadas, semanalmente, reuniões da equipe condutora do projeto para a reflexão de temas variados e planejamento da semana seguinte, bem como para fazer o acompanhamento das etapas estabelecidas para o projeto.

Também foram realizadas varias atividades lúdicas, como apresentação de vídeo sobre a temática ambiental, gincana de coleta seletiva e oficinas de artes com material reciclado. O projeto teve duração de 100 (cem horas) no período de março a dezembro de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, observa-se que é enorme a quantidade de materiais perigosos como pilhas, embalagens de produtos tóxicos, baterias de veículos e de celulares que são descartados de forma inadequada. Cacos de vidro, ferros retorcidos, plásticos pontiagudos, garrafas de plástico e latinhas de alumínio também recebem um destino impróprio e acabam ocasionando sérios riscos para a saúde humana.

Quando se é feita uma análise profunda acerca dos resíduos que são descartados de forma inadequada, percebemos que diversas epidemias poderiam nem mesmo ter surgido caso o lixo recebesse um destino adequado, como o da reciclagem. A cólera é um exemplo de surto que poderia ter se evitado. A bactéria *Vibrião colérico* está presente, principalmente, em locais onde o saneamento básico é escasso, ou seja, em lugares nos quais as pessoas têm contato direto com o lixo. Em 1991, foram 2,1 mil casos confirmados da doença. Em 1994, o País chegou a ter 51,3 mil pessoas infectadas com o *vibrião colérico*. Outro exemplo é o da febre tifoide, causada pelo consumo de carne de porco contaminada⁹. É muito comum encontrar famílias morando ao lado de chiqueiros localizados perto de lixões. Esses animais acabam se alimentando exatamente desse lixo, fazendo com que se infectem e, conseqüentemente, contaminem a pessoa que comer de sua carne.

Perante toda essa problemática, durante o primeiro semestre do projeto, extensionistas do Projeto de Extensão “Sentinelas do meio ambiente” participaram de oficinas de artes, na Emlur (Empresa Municipal de Limpeza Urbana), que mostravam como materiais que são descartados podem ser facilmente recicláveis. Durante o segundo semestre, teve início as atividades com os alunos da Escola Municipal de Ensino Fundamental Comendador Cícero Leite explicando como a reciclagem é algo essencial para as estratégias de promoção e prevenção da saúde; explicações básicas sobre como fazer a coleta seletiva, qual a cor de cada lixo, tempo de degradação de cada material também ajudaram a despertar o interesse para a importância da reciclagem dentro da saúde pública.

Diante disso, no mês de setembro de 2014, as oficinas de arte foram levadas para as crianças da referida escola e nelas os discentes aprenderam a confeccionar bonecos, cofres e brinquedos. A coleta de materiais ficou a cargo de cada uma delas e para que houvesse um incentivo de arrecadação foi fornecido um prêmio para quem arrecadar uma maior quantia de materiais recicláveis. Por conseguinte, tudo isso se torna algo fundamental, já que o futuro da humanidade reside exatamente nas mãos dessa parcela da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por conseguinte, torna-se necessária a reflexão acerca do bem-estar ecológico e humano. Tratar da questão ambiental assume relevância fundamental na atualidade, pois o viver saudável depende diretamente da qualidade de vida humana e ambiental.

Devido a isso, é importante destacar que a maioria dos grandes problemas da saúde podem ser facilmente resolvidos em nível de cuidado simples com meio ambiente. Logo, torna-se essencial ensinar às crianças como a reciclagem pode se tornar um fator primordial na diminuição de diversas patologias.

SHARES OF EDUCATIONAL IMPORTANCE INVOLVED WITH RECYCLING HEALTH FIELD IN

ABSTRACT

Currently, it is observed that there are insufficient educational activities focused on environmental issues and recycling within the health field. Develop a continuous work in environmental education and health to the achievement of citizenship becomes something fundamental to promote a better quality of life and sustainability. From this perspective, this study aimed to encourage citizenship through entertaining educational activities. The study was conducted by the Elementary School Milk Comendador Cicero, in João Pessoa and it was a result of extension project "Sentinels of the Environment: rescuing the principles of health, environment and citizenship". Initially, meetings were held with school members, seeking to know their reality, their basic needs and existing concepts. They were also held various recreational activities, such as video presentation on environmental issues, waste sorting contest and art workshops with recycled material, searching thus showing the importance of carrying out educational activities with children turned to recycling within the field of health, in order to awaken that part of the population awareness, citizenship and respect for the environment, thus contributing to a healthier planet.

Keywords: Environmental Health. Recycling. Garbage.

REFERÊNCIAS

1. Beserra EP, Alves MDS, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. Revista Brasileira de Enfermagem. Set/out. 2010;63(5):848-52.
2. Zeppone R. Educação Ambiental: Teorias e Práticas Escolares. São Paulo. Jm, 1999.
3. Marques GM, Portes CA, Santos TVC. Ações do enfermeiro no gerenciamento de resíduo de serviços de saúde. Revista Meio Ambiente e Saúde. 2007;2(1):33-43.
4. Ribeiro H. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. Saúde e Sociedade. Jan/abr. 2004;13(1):70-80.

5. Lopes MSV, Ximenes LB. Enfermagem e saúde ambiental: possibilidades de atuação para a promoção da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Jan/fev. 2011;64(1):72-77.
6. Dias GF. Educação Ambiental: Princípios e Práticas. 9ª ed. São Paulo: Gaia; 2010.
7. Guedes JCS. Educação ambiental nas escolas de ensino fundamental: estudo de caso. Garanhuns: Ed. do autor; 2006.
8. Gadotti M. Convite à literatura de Paulo Freire. São Paulo: Scipione; 1999.
9. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Estatísticas da reciclagem- Perigo. Disponível em: <http://ambientes.ambientebrasil.com.br/residuos/estatisticas_de_reciclagem/estatisticas_da_reciclagem_-_perigos.html>. Acesso em: 27 Nov. 2014.

Recebido em: 02.03.15 Aceito em: 22.09.15
--

USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR INDIVÍDUOS DA COMUNIDADE DO VALENTINA-PB

Lauanne Sátiro Marcelino Wanderley¹
Larissa Virginia Lins Alencar Silva¹
Larissa Medeiros Cezar¹
Fernanda Oliveira Carvalho Dias¹
Priscyla Kelly Santos Galdino¹
Iara Medeiros de Araújo²

RESUMO

Os fitoterápicos e plantas medicinais constituem uma modalidade de terapia complementar ou alternativa diante das necessidades de saúde e seu uso tem sido crescente na população de diversos países. Entretanto, apresentam interações medicamentosas e reações adversas importantes e sua utilização não deve ser indiscriminada. O presente artigo teve por objetivo analisar e descrever o uso de plantas medicinais em uma população da comunidade do Valentina, no município de João Pessoa, Paraíba, durante visitas domiciliares. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa, elaborado a partir de entrevistas realizadas durante as visitas domiciliares executadas por estudantes de medicina, de modo a proporcionar uma maior integração entre os serviços de saúde, ensino e comunidade. Possibilitou conhecer como se dá a utilização das plantas medicinais pelos usuários. Os relatos evidenciaram que todos já haviam feito uso de plantas medicinais e que ainda há erros quanto ao modo de preparo e a parte da planta a ser utilizada. Todavia, o uso e o armazenamento eram realizados corretamente, embora desconheçam as contraindicações e efeitos adversos possíveis. Assim, pode-se observar que o uso de plantas medicinais/fitoterápicos se faz presente na vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) dessa unidade, como forma de medicina alternativa e complementar, entretanto, torna-se necessária uma melhor e maior difusão de conhecimentos acerca do uso adequado e efeitos provocados pelas plantas medicinais, para que efetivamente tragam benefícios à população.

Palavras-chave: Plantas medicinais. Fitoterapia. Visita domiciliar. Comunidade.

INTRODUÇÃO

Observa-se que o uso terapêutico de plantas medicinais é registrado desde a antiguidade pelas civilizações da China, Índia, Egito e Grécia. E que, desde então, as pessoas utilizam plantas com a finalidade de tratar e curar enfermidade, sendo esta utilização além de antiga, relacionada com a própria evolução do homem, no qual mitos, lendas e tradições refletem o vasto emprego de plantas medicinais em todos os tempos e em todas as camadas sociais¹.

¹ Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End.: Rua Silvino Lopes, Tambaú CEP: 58039-190 Tel.: (83) 8740-1696 E-mail: larissacezar93@gmail.com.

² Mestre em Odontologia Preventiva e Social e Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFRN. Docente da FAMENE.

A partir da segunda metade do século XX, com a grande evolução e avanço da medicina tradicional, ainda existem obstáculos quanto ao seu uso, em especial pelas populações carentes, que vão desde o acesso aos centros de atendimento hospitalares à obtenção de exames e medicamentos. Esses motivos, aliados ao fácil acesso e à tradição do uso de plantas medicinais, têm contribuído para que essa terapêutica seja utilizada pelas populações dos países em desenvolvimento².

Nas últimas duas décadas, alguns municípios brasileiros vêm incorporando Programas de Fitoterapia na atenção primária, com o objetivo de ampliar as opções terapêuticas e suprir carências medicamentosas de suas comunidades e, assim, melhorar a atenção à saúde ofertada aos usuários da rede pública³.

Então, o Ministério da Saúde, em 2006, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, para garantir a integralidade na atenção à saúde⁴. Atualmente, a fitoterapia é considerada um assunto de saúde pública, desta forma, cabe aos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família esclarecer dúvidas da população e realizar orientações corretas quanto ao uso das plantas medicinais nas Unidades de Saúde e nas visitas domiciliares⁵.

Atualmente, muitos fatores têm contribuído para o aumento da utilização das plantas como recurso medicinal, entre eles, o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica, bem como a tendência ao uso de produtos de origem natural. Acredita-se que o cuidado realizado por meio das plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios⁶.

Sendo assim, torna-se relevante que os profissionais da saúde conheçam e discutam as práticas de saúde tradicionais e historicamente firmadas em relação ao uso de plantas medicinais, a fim de que possam atuar de forma efetiva e eficaz na resolução dos reais problemas de saúde da comunidade, aliando o conhecimento popular ao científico.

Dentro desse contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar e descrever o uso de plantas medicinais em uma população da comunidade do Valentina, no município de João Pessoa, Paraíba, durante visitas domiciliares.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, de campo, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo explorar aspectos de uma situação e a descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno.

Foram utilizadas as visitas domiciliares realizadas por estudantes de graduação de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança no período de abril e maio de 2013 como meio para coleta de dados, permitindo que os participantes estivessem em seu ambiente natural. Essas visitas são fundamentais para proporcionar uma maior integração entre os serviços de saúde, o ensino e a comunidade.

O campo de estudo foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Ipiranga, situada no bairro do Valentina, na cidade de João Pessoa, na Paraíba. A USF é integrada e composta por três equipes: Boa Esperança, Girassol e Monte das Oliveiras, além do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Todas as equipes, à exceção do PACS, são compostas por médico, odontólogo, enfermeiro, técnico de

consultório dentário, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo cerca de 16.000 usuários inseridos na área de abrangência.

Nesta USF estão inseridos vários projetos em parceria com a Faculdade de Medicina Nova Esperança, entre eles, o projeto “Educação Popular em Saúde”, “Envelhecimento Saudável” e “Qualidade de Vida e Práticas Complementares à Saúde da Mulher na Comunidade”.

A pesquisa foi desenvolvida com 70 usuários da USF Ipiranga, que consentiram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada durante as visitas domiciliares na área, no bairro do Valentina, mediante a aplicação de um formulário envolvendo questões socioeconômicas e culturais, e com perguntas voltadas ao uso das plantas medicinais, buscando conhecer a quantidade de adeptos aos fitoterápicos, as principais plantas medicinais usadas, o modo de preparo e o nível de informação que possuíam a esse respeito.

A análise de dados se deu a partir da interpretação das informações obtidas no formulário e dos diálogos estabelecidos com os participantes, a fim de compreender como eles utilizam as plantas medicinais e a fitoterapia em seu dia-a-dia. Os dados foram comparados à literatura atual sobre a temática, trazendo uma discussão pertinente a respeito da aplicação cotidiana dos principais chás e o nível de conhecimento dos usuários.

No que tange aos aspectos éticos, a pesquisa foi desenvolvida conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que rege a pesquisa envolvendo seres humanos. Foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, sendo aprovada sob o Protocolo nº 44/12 e CAAE 02821612.2.0000.5179. O anonimato do participante foi preservado, não sendo revelada a sua identidade em nenhum momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 70 usuários, havendo um predomínio do gênero feminino. A faixa etária variou entre 32 e 83 anos, a maioria apresentando apenas o primeiro grau incompleto, sendo alguns deles hipertensos.

Quanto ao uso de plantas medicinais, todos relataram fazer ou já ter feito uso alguma vez. A partir dos nomes populares citados como alecrim, babosa, arruda, boldo, mastruz, erva-doce, cana da Índia, carqueja, quebra-pedra, dentre outros, foram identificados os nomes científicos das quatro plantas mais utilizadas pelos participantes da pesquisa, com o intuito de conhecer melhor seus efeitos, comparando com os usos terapêuticos referidos pelos usuários.

Dentre as situações citadas, que levaram os entrevistados a fazer uso de plantas, a mais frequente foi cólica abdominal, sendo o boldo a planta mais referida. Outras plantas mencionadas foram a erva-doce (*Pimpinella anisum* L.), o mastruz (*Chenopodium ambrosioides*) e cana da Índia (*Phyllostachys aurea*).

Peumus boldus molina, conhecido popularmente como boldo-do-chile, possui propriedades hepatoprotetora, colerética e colagoga, associadas ao alcaloide boldina. Sendo assim, constatou-se que a finalidade terapêutica dessa planta está sendo aplicada corretamente pelos usuários⁷.

Já em relação ao preparo, todos afirmaram fazer uso da folha e ingerir na forma de chá por meio de decocção e infusão. A decocção é um método de preparação que consiste na fervura da água juntamente com a parte da planta,

sendo empregada para partes duras como raízes, caule, cascas e sementes. Já a infusão é feita adicionando-se água fervente sobre a parte da planta, tampando e deixando esfriar por 10 minutos, sendo utilizada para flores, folhas e cascas finas⁸.

Constatou-se, portanto, que os usuários estão realizando o preparo fitoterápico de maneira incorreta, conforme a parte da planta escolhida. No caso das folhas, ao ferver, conforme referido pelos participantes o emprego da decocção, os princípios ativos perdem (reduzem) sua eficácia, devido à folha ser uma das partes mais delicadas da planta.

Quanto à conservação, a maioria citou que prefere chá morno e que conserva o mesmo em uma garrafa térmica durante um dia. Depois de preparado não se deve deixar o chá guardado para o outro dia, pois, geralmente, o preparado entra em fermentação e perde seus princípios ativos. Chás utilizados para males do aparelho digestivo devem ser ingeridos frio ou gelado e se for para resfriado utiliza-se ainda quente⁹.

Com relação ao reconhecimento das plantas, os participantes relataram não ter dificuldade, diferenciando-as, principalmente, pelo cheiro característico, forma da planta e, especificamente, pelo tamanho das folhas. Ao se utilizar alguma erva ou planta medicinal, o indivíduo deve certificar-se com uma pessoa competente se a planta adquirida é a que ela precisa realmente e qual sua indicação científica¹⁰.

Questionou-se, ainda, o conhecimento dos participantes sobre as contraindicações, e os mesmos relataram desconhecer, por acharem que o uso de chá por ser natural não traz nenhum risco a sua saúde. Ao contrário do que se imagina, os fitoterápicos podem provocar efeitos adversos, toxicidade e até mesmo apresentar contraindicações. Como qualquer medicamento, o mau uso de fitoterápicos pode ocasionar problemas à saúde, como, por exemplo, alterações na pressão arterial, problemas no sistema nervoso central, fígado e rins¹¹.

Desta forma, tem-se que as plantas medicinais usadas habitualmente pela população elevam o conhecimento popular, fazendo com que a ciência busque estudá-las cada vez mais, a fim de se efetivar a comprovação científica das ações terapêuticas das mesmas¹².

A realização de visitas domiciliares foi evidenciada como essencial para execução de ações que visam à promoção da saúde, sendo um momento de fornecer orientações de maneira informal, mediante diálogos e demonstrações, os quais são caracterizados como instrumentos essenciais para o alcance do sucesso nessa prática.

O diálogo, durante as visitas domiciliares realizadas, possibilitou observar o conhecimento dos usuários sobre as plantas medicinais, por meio das perguntas contidas no formulário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como referência os dados obtidos na pesquisa realizada com a população da Unidade de Saúde Ipiranga, foi possível constatar o uso de diferentes espécies de plantas, no cuidado em saúde, pela população. Essa forma de medicina alternativa e complementar é bastante utilizada por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, a população que utiliza tais métodos com finalidades medicinais nem sempre possui o conhecimento suficiente sobre suas propriedades farmacológicas e toxicológicas, acreditando que, por serem “naturais”, essas não

representariam nenhum risco à saúde. Sendo evidenciada, portanto, a necessidade real de orientação e informação à comunidade sobre a aplicação correta dos fitoterápicos.

Desta forma, acredita-se que o presente estudo seja relevante no sentido de que os acadêmicos e os profissionais, especialmente da ESF, conheçam a importância da valorização e da inclusão do saber popular em sua prática diária e que sejam parceiros da população, no sentido de informá-los sobre o uso adequado das plantas, orientando-os quanto à identificação e utilização.

Por mais que a formação médica enfoque, predominantemente, o uso de medicamentos alopáticos, é importante apresentar um olhar holístico e conhecimentos acerca do emprego de práticas naturais no cuidado em saúde, visto que grande parte da população não tem acesso fácil aos alopáticos e busca nos fitoterápicos uma forma de melhorar a sua qualidade de vida.

MEDICAL PLANT USE BY INDIVIDUALS OF VALENTINA-PB COMMUNITY

ABSTRACT

Phytoterapeutic medications/medicinal plants compose a genre of complementary, or alternative, therapy when faced with health necessities, with an ever growing usage in several countries. However, they present medicative interactions and important adverse reactions and their use must not be indiscriminate. This article aims to analyze and describe the use of medicinal plants in a Valentina community population in the municipality of João Pessoa, Paraíba, during home visits. It is a descriptive and exploratory study with quantitative and qualitative approach, drawn from interviews during home visits performed by medical students in order to provide greater integration between health services, education and community. Possible to know how is the use of medicinal plants by users. The reports showed that everyone had made use of medicinal plants and there are still errors on the preparation, and the part of the plant to use. However, the use and storage were carried out correctly, although unaware of the contraindications and possible adverse effects. Thus, it is possible to observe that the use of medicinal plants/phytotherapeutic medications is much present in the lives of users of the Unified Health System – *Sistema Único de Saúde, SUS* – as a form of alternative and complementary medicine, nevertheless it is necessary to ensure a better and wider dissemination of knowledge regarding the proper use and effects of the medicinal plants, in order to effectively bring benefits to the population.

Keywords: Medicinal plants. Phytotherapy. Home visit. Community.

REFERÊNCIAS

1. Alves LF. Produção de Fitoterápicos no Brasil: História, Problemas e Perspectivas. Rev. Virtual Quim. [periódico na internet]. 2013 Jul. [acesso em: 2014 Nov 12]; 5(3): 450-513. Disponível em: <http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewFile/414/335>.
2. Pinto DL, Araújo IM, Oliveira FBS, Brito FR, Menezes MAM, Barbosa WAS. Vivência de Acadêmicos de Saúde na Prática da Fitoterapia em Três Comunidades da Cidade de João Pessoa – Paraíba. Revista de Ciências da Saúde Nova

- Esperança [periódico na internet]. Dez. 2012 [acesso em 2014 Nov 12]; Disponível em:
file:///C:/Users/Particular/Downloads/Viv%C3%Aancia_de_acad%C3%Aamicos_em_sa%C3%BAde_com_corre%C3%A7%C3%B5es_dos_autores_28.12.12_-_PRONTO.pdf.
3. Ibiapina WV, Leitão BP, Batista MM, Pinto DS. Inserção da Fitoterapia na Atenção Primária aos Usuários do Sus. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança [periódico na internet]. 2014 Jun. [acesso em: 2014 Nov 12]; 12(1):58-68. Disponível em:
file:///C:/Users/Particular/Downloads/Inser%C3%A7%C3%A3o_da_fitoterapia_na_aten%C3%A7%C3%A3o_prim%C3%A1ria_aos_usu%C3%A1rios_dos_SUS%20(1).pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92p.
5. Arnous AH, Santos AS, Beininger RPC. Plantas medicinais de uso caseiro – conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. Revista Espaço para Saúde, Londrina. 2005; [acesso em: 30 out. 2014] 6(2):1-6. Disponível em: <http://www.malavolta.com.br/pdf/1102.pdf>.
6. Badke MR, Budó MLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. Texto Contexto Enferm. 2012; [acesso em: 28 out. 2014] 21(2):363-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a14v21n2.pdf>.
7. Schulz V, Hansel R, Tyler VE. Fitoterapia Racional: um guia de fitoterapia para as ciências da Saúde . 4 Ed. São Paulo: Editora Manole; 2002.
8. Alonso JR. Fitomedicina: Um curso para profissionais da área da saúde. Pharmabooks; 2008.
9. Tomazzoni MI, Negrelle RRB, Centa ML. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; [acesso em 19 Out 2014] 15(1):115-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a14v15n1.pdf>.
10. Alvim NAT, Ferreira MA, Cabral IE, Almeida Filho AJ. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. Rev Latino-am Enferm. 2006 [acesso em 17 Nov 2014] 14(3):316-23. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/308/pdf_117.

11. Veiga Júnior VF, Pinto AC, Maciel MA. Plantas medicinais: cura segura? Química nova. 2005; [acesso em: 28 out. 2014] 28(3):519-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/qn/v28n3/24145.pdf>.

12. França ISX, Souza JA, Baptista RS, Britto VRS. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. Revista Brasileira Enfermagem. 2008; [acesso em: 30 out. 2014] 61(2):61-2. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019607010.pdf>.

Recebido em: 11.12.14 Aceito em: 26.11.15
--

SAÚDE DA MULHER NA RODA: PROJETO DE EXTENSÃO DIALOGA SOBRE PREVENÇÃO NA COMUNIDADE¹

Jaqueline Maria Balbino Maropo²
Duane Pereira Santana²
Valdenor Ferreira de Oliveira Filho²
Carmem Verônica Barbosa Almeida³
Iara Medeiros de Araújo³

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência acadêmico do Projeto de Extensão e Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança, junto à Unidade de Saúde da Família do Ipiranga, na associação de moradores da comunidade Girassol, para mulheres residentes na área. A metodologia aplicada se baseou em rodas de conversas para aproximar a mulher com os acadêmicos e profissionais de saúde. A desinformação das mulheres quanto à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e quanto ao Câncer de Mama e Câncer do Colo do Útero apresentou-se como uma temática relevante, a ação realizada que tinha proposto exercer uma prática que pudesse contribuir no processo de promoção de saúde e prevenção de doenças alcançou seu objetivo, uma vez que as mulheres presentes na ação se tornaram veículos de informações, as quais poderão ser multiplicadoras. Quanto às contribuições pessoais, podemos citar a melhora da comunicação com pessoas de diferentes níveis socioculturais; a constatação de que os paradigmas da comunidade têm muito a ser esclarecido; e, por fim, o reforço dos acadêmicos para dar o melhor de si e contribuir na formação destes. A oportunidade de discutir com a população evidenciou o déficit na formação dessa parcela feminina.

Palavras-Chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Câncer de Mama. Câncer do Colo do Útero.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde busca apreender as necessidades mais atenuantes do ser humano, enfatizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. As dimensões biológicas permitem construir uma linha de cuidados à saúde da mulher, no contexto em que a grande demanda, a falta de infraestrutura e a escassez de recursos constituem uma realidade a ser enfrentada e superada na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF).¹

A mulher, como ser social, percorreu uma trajetória de dificuldades decorrentes, principalmente, das condições precárias de vida e de trabalho, discriminação e violência. A situação hoje mudou, entretanto, como a mulher conseguiu atuar nos papéis de trabalhadora, mãe, dona de casa e chefe de família,

¹ Trabalho vinculado ao Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

² Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB). jacembp@hotmail.com.

³ Professores de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

ela se esqueceu de cuidar de si mesma, aumentando o índice de doenças em sua vida produtiva.

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças do aparelho circulatório correspondem a 36,7% das mortes femininas, seguidas pelas neoplasias (17,6 %) e doenças do aparelho respiratório (12,6%). Dentre as 10 primeiras causas de morte encontradas, podemos citar AIDS, câncer de mama e câncer do colo do útero.²

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), além de provocar danos graves à saúde das mulheres, são consideradas o principal facilitador da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Sabe-se que, entre as mulheres afetadas, a relação heterossexual, consensual, sem proteção e principalmente envolvendo afeto tem sido a maneira mais frequente de transmissão.³

Para compreender como isso ocorre, é necessário recorrer ao conceito de vulnerabilidade, que utiliza fatores de diferentes naturezas – individual, social e político – para explicar o que tem facilitado a exposição de mulheres ao HIV. A dependência financeira e emocional em relação ao parceiro, por exemplo, pode representar constrangimento concreto para que as mulheres passem a negociar o uso de camisinha nas relações sexuais com os parceiros, principalmente aqueles que são os provedores. Ressalta-se, ainda, que a prevenção e o controle das DSTs são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva, principalmente entre as mulheres.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) também resgata esses princípios e serve de modelo para tais medidas, que garantem acessibilidade resolutiva construída a partir das especificidades do ciclo vital feminino, dentro do contexto em que elas são geradas.⁴ Devendo ser executada principalmente nas Unidades de Saúde da Família, onde o primeiro contato torna-se crucial para o desenvolvimento do vínculo e empatia, desencadeando na usuária do serviço a responsabilização pelo cuidado de sua saúde.⁵

Dentro desse cenário de campo, o ensino, pesquisa e extensão vêm ganhando espaço para o desenvolvimento de atividades ligadas ao cuidado feminino que ultrapassa as barreiras do adoecer humano e se concretiza com ações voltadas à realidade da própria comunidade assistida.

O projeto de extensão “Educação Popular em Saúde” utiliza a pedagogia de Paulo Freire, possibilitando a participação ativa das mulheres nas ações, valorizando o diálogo, saberes que concernem as condições reais de vida da população local, inserindo nesse contexto a autonomia dos extensionistas envolvidos para saber lidar com as situações necessárias ao desenvolvimento de mecanismos, que favoreça mudanças no cotidiano da própria comunidade, desenvolvendo uma percepção crítica dessa realidade.

Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo desenvolver ações educativas relativas à saúde da mulher, tendo como proposta metodológica a roda de conversa.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicos de medicina do Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), juntamente com a Unidade de Saúde do Ipiranga, englobando mulheres em idade fértil, moradoras do bairro do Valentina, na grande João Pessoa, Paraíba. A proposta do trabalho com o gênero feminino partiu da necessidade de buscar educação em saúde e prevenção no âmbito de motivar e fortalecer os ensinamentos nas diversas áreas do cuidado com a saúde. A

metodologia aplicada se baseou em rodas de conversas para aproximar a mulher com os acadêmicos e profissionais de saúde.

A opção por realizar as rodas de conversa foi pautada na premissa de que os profissionais da saúde e usuários dos serviços precisam estabelecer uma relação dialógica com base na escuta, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo de cada um e de que a educação em saúde é um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, por meio do diálogo.⁶

Abrir espaços de produção de diálogo, reflexão e problematização junto à comunidade possibilita a construção de uma relação de corresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde.⁷

Os temas e conteúdos trabalhados no grupo foram sugeridos a partir da necessidade da própria equipe e das usuárias do serviço, tais como: 1. HIV e AIDS; 2. HPV; 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis; 4. Câncer de Mama; e, 5. Câncer do Colo do Útero.

A Atividade foi desenvolvida pela USF em parceria com a IES, sendo aplicada na Associação do Bairro no dia da comemoração do mês das mães, como proposta de motivar a presença dessas mulheres no local e a valorização da socialização entre todas participantes. Foram utilizados recursos da própria USF, além de materiais disponibilizados pelo projeto. Na dinâmica, as questões rotineiras da vivência das mulheres sobre os temas foram abordados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em alusão ao dia das mães, comemorado no Brasil no segundo domingo de maio, e diante da demanda proveniente da Unidade de Saúde Ipiranga, disponibilizamo-nos a abordar temas como HIV (vírus da imunodeficiência humana) e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), HPV (papilomavírus humano) e Câncer do Colo do Útero, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Câncer de Mama.

Logo, em uma ação promovida pelo Projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde”, da Faculdade de Medicina Nova Esperança, em parceria com a Unidade de Saúde Ipiranga foi possível obter uma nova óptica a respeito desses temas.

A importância de gerar informação é essencial no aperfeiçoamento dos índices que refletem na saúde da população. Por essa razão, é de extrema relevância que equipes de saúde e colaboradores, como voluntários e a própria população assistida, trabalhem na constituição de programas e ações nos diferentes campos de atuação e espaços de intervenção, buscando maneiras de propiciar rodas de conversa com a finalidade de ensinar a respeito de temas importantes, como a saúde da mulher, visto que “[...] o eixo de atenção tem se deslocado do foco no conhecimento técnico-científico, de forma a incorporar também a importância da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, buscando, desse modo, efetivar a integralidade e a humanização dos atendimentos médicos.”⁸

No dia da ação, dispusemos cadeiras em círculo para darmos início à roda de conversa. Dentre os temas em pauta, o inicial foi o HPV, abordando sua definição, formas de prevenção, contágio, sintomas e sua relação com o câncer de colo de útero. No entanto, no começo da nossa conversa, algumas perguntas sobre a forma de contágio como: sentar em local quente ou usar roupa apertada, além do questionamento sobre o sintoma da doença ser de prurido em região genital, corrimento de aspecto grumoso, fizeram com que percebêssemos que aquele grupo confundia uma doença fúngica, candidíase, cujo contágio sexual não é a principal

forma de transmissão, com a doença viral e transmissível, predominantemente pela via sexual, o HPV. A candidíase vulvovaginal é uma infecção que acomete a vulva e a vagina provocada pelas leveduras do gênero *Candida sp.* que, sob determinadas condições, podem tornar-se patogênicas.⁹

Alguns pesquisadores afirmam que a relação entre câncer do colo uterino e os hábitos sexuais levou à identificação do Papillomavirus humano (HPV) como fator causal. Sabe-se que 99% das mulheres que possuem câncer de colo do útero foram infectadas por esse vírus.¹⁰

Diante desta discussão inicial, tivemos que adaptar o que tínhamos programado a princípio para aquela oportunidade e além de diferenciarmos candidíase e HPV, respondemos as perguntas até que os questionamentos se esgotassem a respeito da problemática, e encorajamos aquelas mulheres sobre a importância da realização periódica do exame citológico, consulta com profissional médico e de enfermagem. Ressaltamos, ao abordar HIV e AIDS, sua transmissão pela via sexual e a importância do uso de preservativos, inclusive dentro do matrimônio, visto que, epidemiologicamente, está aumentando o número de pessoas expostas ao vírus nesse grupo. Quando falamos sobre o câncer de mama, frisamos o impacto dos exames de imagem como melhor método preventivo, frequência recomendada para sua realização nas diferentes faixas etárias e perfis. Mas também falamos sobre o autoexame mamário para investigação de alterações relacionadas ou não com o câncer de mama, diferenciando os possíveis achados em potencialmente malignos ou benignos. No final, relembramos conceitos sobre o câncer de colo de útero já abordado quando discutido sobre o HPV.

A feminização da AIDS está relacionada a mulheres “monogâmicas, não usuárias de drogas injetáveis e as dependentes econômica e emocionalmente de seus companheiros, e sem poder de decisão quanto ao uso do preservativo¹¹, associado a não realização da citologia oncótica anual nas Unidades de Saúde da Família, por quaisquer motivos, fator que tem refletido também na piora dos índices epidemiológicos.

A conversa continuou de forma não rebuscada e informal para que as mulheres pudessem compreender, da melhor forma possível, o que estava sendo discutido, uma vez que “a educação não-formal tem sempre um caráter coletivo, passa por um processo de ação grupal, é vivida como práxis concreta de um grupo, ainda que o resultado do que se aprende seja absorvido individualmente”.¹²

Esse foi o ápice da ação, transmitir informações para serem aproveitadas e repassadas pelas participantes a outras mulheres e, dessa forma, mediante empoderamento desse conhecimento, multiplicar o que foi discutido sobre os riscos relacionados às doenças e formas de prevenção, desde as mais comuns como a candidíase, por exemplo, quanto aos diferentes cânceres que acometem mulheres, para prevenir enfermidades antes não valorizadas por falta de informação.

Todavia, viu-se a dificuldade de se alcançar um número representativo de mulheres participantes no evento, o que indica uma falha naquilo que se preconizava com a ação, pois, segundo alguns autores, “[...] a promoção de saúde oferece acesso à informação, podendo gerar possibilidades de transformação, de melhoria da qualidade de vida”. Logo, a expectativa era de que, através das mulheres presentes, outras tantas fossem alcançadas com a discussão realizada, porém, o número reduzido de participantes restringiu bastante a possibilidade de atingirmos a meta desejada.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As equipes de saúde possuem um papel fundamental em gerar informações para as mulheres. A partir de um bom diálogo, ações didáticas e rodas de conversa com esse grupo de mulheres, viu-se que existe uma extrema necessidade de que as mesmas sejam orientadas a respeito de doenças que possam acometê-las e até mesmo a respeito do seu corpo, que muitas vezes é desconhecido pelas próprias mulheres.

Quanto às contribuições pessoais, podemos citar a melhora da comunicação com pessoas de diferentes níveis socioculturais; a constatação de que os paradigmas da comunidade têm muito a ser esclarecido; e, por fim, o reforço dos acadêmicos para dar o melhor de si e contribuir na formação destes.

A oportunidade de discutir com a população evidenciou o déficit na formação dessa parcela feminina. A troca de experiências e conhecimentos melhorou a comunicação, humanização e informações científicas, além de ter criado uma expectativa da parte da comunidade em novas palestras, cursos ou até mesmo rodas de conversa, como a mencionada, proporcionados pelo Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde, o qual tem fundamental importância em levar até a comunidade informações básicas, todavia necessárias na promoção de um melhor bem estar dessa comunidade.

Por essa razão, é de extrema importância que se criem novos métodos de dialogar e gerar conhecimento à comunidade através de ações e de vários outros meios que garantam um bom aprendizado. É importante também que existam parcerias com a Estratégia de Saúde da Família, que é de grande relevância, garantindo o acesso universal a serviços de saúde pública e permitindo o planejamento das ações à população assistida, com consequências positivas a esta, além de promover saúde não só às mulheres, mas também a sociedade em geral.

A ação realizada, que tinha como propósito exercer uma prática que pudesse contribuir no processo de promoção de saúde e prevenção de doenças, alcançou seu objetivo, uma vez que as mulheres presentes na ação se tornaram veículos de informações, as quais poderão ser repassadas para outras que, por ventura, necessitarem.

Por fim, foi evidenciado o sucesso das rodas de conversa, uma vez que as mulheres, como sendo o público alvo de nossa ação, tiveram a oportunidade de tirar suas dúvidas a respeito de diversos assuntos que a incomodavam, além de se sentirem seguras em expor de suas intimidades para todos os alunos e professoras do projeto de extensão presentes, assim como se doarem como exemplo às outras mulheres as quais poderiam estar passando pelas mesmas circunstâncias, embora, não tinham abertura para falar a respeito.

Portanto, foi visto que, no que se refere a uma boa prática de ouvir e tentar resolver os problemas de uma comunidade, a roda de conversa também é um ótimo método que pode ser utilizado para diversos fins e que apresenta um bom efeito positivo.

HEALTH WOMAN IN CHAT: EXTENSION PROJECT PREVENTION IN THE COMMUNITY

ABSTRACT

This is an account of academic experience Extension and Popular Education Project on Health Faculty of Medicine Nova Esperança by the Unit Health Family Ipiranga, the neighborhood association sunflower community for women living in the area. The methodology applied was based on conversations to approach the woman with academics and health professionals. The lack of women on the prevention of Sexually Transmitted Diseases (STDs) and as the Breast Cancer and Cervical Cancer was presented as a relevant theme, the action that it had proposed a practical exercise that could contribute to the promotion process health and disease prevention achieved his goal, since the women present in the action have become vehicles of information, which may be peer educators. As for personal contributions, we can mention the improvement of communication with people from different socio-cultural levels; the realization that community paradigms have much to be clarified ; and finally , strengthening academic to give the best of themselves and contribute to the formation of these . The opportunity to discuss with the population showed the deficit in the formation of this female share.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases . Breast cancer. Cervical cancer.

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, Guerra D, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface (Botucatu) [série da Internet]. 2009 Set [citada 2015 29 Mar]; 13(0): 121-134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Oficinas de educação em saúde e comunicação. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, Brasília; 2001. [acesso em: 10 fev. 2015] Disponível em: - http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/oficina_comunicacao.pdf.
3. Magalhães J. Mulheres infectadas pelo HIV: o impacto na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro. Abr. 1999 [acesso em: 16 fev. 2015]; 21(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072031999000300014&lng=en&nrm=iso.
4. Osis, MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Jan. 1998 [acesso em: 27 ago. 2014];14(supl. 1). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso.

5. Coelho EAC, Lucena MFG; Silva ATM. Política de planejamento familiar em João Pessoa - PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. Rev. esc. enferm. USP. 2000 [acesso em: 16 fev. 2015]; 34(2). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342000000200001&lng=en&nrm=iso.
6. Mandra PP, Silveira FDF. Satisfação de usuários com um programa de roda de conversa em sala de espera. Audiol., Commun. Res. 2013; 18(3).
7. Rodrigues BC et al . Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro. 2012;36(1), supl. 1.
8. Ostermann AC, Meneghel SN. (Orgs.). Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de falaem-interação para a atenção em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Mercado de Letras; 2012. p.167.
9. Simões JA. Sobre o diagnóstico da candidíase vaginal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro. 2005;27(5).
10. Lima CA, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(10).
11. Moraes, MJG. A vulnerabilidade ao HIV/AIDS de mulheres casadas ou em união estável. Universidade Estadual da Paraíba; 2009.
12. Gohn MG. Educação não-formal e cultura política. São Paulo: Cortez; 1999.
13. Castro IRR, Souza TSN. Formação de Multiplicadores para a promoção da Alimentação Saudável: Projeto Culinária, Saúde e Prazer. In: Diez-Garcia RW, Cervato, Mancuso AM. Mudanças alimentares e educação Nutricional, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.231-44.

Recebido em: 06.04.15

Aceito em: 05.11.15