

Nursing

edição brasileira



Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios

www.revistanursing.com.br

ANO 20 • EDIÇÃO 227
ABRIL 2017

ENTREVISTA:

Professora de Enfermagem e Doutora Sra. Angela Maria Pierin fala sobre a hipertensão arterial no olhar da enfermagem

ARTIGOS:

Relatos de vivência e dificuldades de mães em enfermagem canguru

Política nacional de humanização: Percepção dos profissionais frente ao Atendimento Ambulatorial Prisional

A experiência da gestação para mulheres surdas



Análise bibliométrica das produções científicas sobre o enfrentamento do HIV

ARTIGO
A percepção dos idosos frente ao envelhecimento: atendimento em atenção primária



Tudo o que você espera dos curativos de espuma, com a exclusiva tecnologia AQUACEL™

11224



NOVO
AQUACEL™ Ag.
Foam

- Borda de silicone projetada para aderir à pele adjacente, não ao leito da ferida
- Disponível em vários tamanhos, adesivos e não adesivos
- O único curativo que oferece o conforto e a simplicidade da espuma aliados aos benefícios da tecnologia Aquacel™.

NOVO
AQUACEL™
Foam



Serviço de Atendimento ao Cliente

0800-7276-115
sac.brasil@convatec.com

Para mais informações visite www.convatec.com.br

AQUACEL, o logo Aquacel, ConvaTec, o logo ConvaTec, Hydrofiber e o logo da Hydrofiber são marcas registradas da ConvaTec Inc. e são marcas registradas nos E.U.A.
© 2012 ConvaTec Inc.

AP-011757-MM



AQUACEL Dressings
TRIED. TRUE. TRUSTED.™

ConvaTec

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

DIRETORA CIENTÍFICA

Profª Drª Grazia Maria Guerra

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Leticia Leivas - MTB 064181 (jornalista@mpmcomunicacao.com.br)

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos (maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br)

DIAGRAMAÇÃO

Andressa Lima

ATENDIMENTO GERAL

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br | (11) 4152-1879

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

A edição brasileira da **Revista Nursing**, criada em Julho de 1998 e atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área da Enfermagem. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

Periodicidade: Mensal | **Tiragem:** 20.0000 exemplares

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 19 / R\$680,00

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.



www.facebook.com/revistanursingbrasil



Conselho Científico da Edição Brasileira

Profª. Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

Profª. Drª Ana Claudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Profª. Drª David Lopes Neto

Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

Profª. Drª Dorisdaia Carvalho de Humerez

Profª Adjunta Doutora da UNIFESP (1986-2000). Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem (2015-2018). Doutorado em Enfermagem pela USP. Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior

Profª. Drª Grazia Maria Guerra

Diretora científica da revista Nursing. Doutora em Ciências pelo Programa de Fisiopatologia Experimental pela Faculdade de Medicina USP. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar da Saúde do Centro Universitário São Camilo. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Translacional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Profª. Drª. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

Profª. Drª Luciane Lúcio Pereira

Enfermeira especializada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pró Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Santo Amaro, docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, docente colaboradora da Universidade Católica Portuguesa.

Profª. Drª Margarida Maria da Silva Vieira

Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

Profª. Drª. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

Profª. Drª. Maria Auxiliadora de Souza Gerk

Professora associada e docente permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Doutorado em Ciências pela UNIFESP/EPM

Profª. Marluce Maria Araújo Assis

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

Profª. Drª Mirna Frota

Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular na Universidade de Fortaleza na graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva

Profª. Drª. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Profª Sandra Arantes

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof. Dr. Sergio Luis Alves de Moraes Junior

Enfermeiro, doutor em biotecnologia e docente adjunto da Universidade Anhanguera. O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Nursing envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

Editorial	1648
Agenda	1650
Notícias	1650
Entrevista	1652

Artigos Científicos

Relatos de vivência e dificuldades de mães em enfermaria canguru

Reports of vivencia and difficulties of mothers in sick bay kangaroo
 Informes de experiencia y madres de dificultades en enfermería canguro
Joise Magarão Queiroz Silva, Mariza Silva Almeida

1656

A experiência da gestação para mulheres surdas

The experience of pregnancy for women who are deaf
 La experiencia del embarazo para las mujeres sordas
Sara Peixoto de Almeida, Enilda Rosendo Do Nascimento, Tânia Christiane Ferreira Bispo, Sara Moreira dos Santos

1661

A percepção dos idosos frente ao envelhecimento: atendimento em atenção primária

Perception of the elderly against aging: primary care attention
 La percepción del frente para mayores envejecimiento: llamada en primaria
Vanessa Ramos da Silva Lopes, Maria José Caetano Ferreira Damaceno, Pedro Marco Karan Barbosa, Fernanda Cenci Queiroz

1665

Análise bibliométrica das produções científicas sobre o enfrentamento do HIV

Bibliometric analysis of scientific productions on HIV counseling
 Análisis bibliométrica de la producción científica sobre el VIH de hacer frente
Rebeca Coelho de Moura Angelim, Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão, Daniela de Aquino Freire, Jaizyara Mary Silva, Isabella Karolyne Oliveira Ferreira, Fátima Maria da Silva Abrão

1671

Política nacional de humanização: Percepção dos profissionais frente ao Atendimento Ambulatorial Prisional

National policy of humanization: Perception of the professionals before the Prison Ambulatory Service
 Política nacional de humanización: Percepción de los profesionales delante al Atendimento en Salud en el Cárcel
Janaína Soares Tizzoni, Áurea Regina Guimarães Thomazi, Matilde Meire Miranda Cadete, Karinne Ferreira Souza

1676

10 a 12
maio/2017



6º CONGREFIP

AVANÇOS E DESAFIOS
DO SISTEMA DE
SAÚDE BRASILEIRO

I SIMPÓSIO NACIONAL DE
ENFERMAGEM



LOCAL DO EVENTO:
FACULDADES
INTEGRADAS
DE PATOS
PATOS-PB



Conferências



Palestras



Mesas-Redondas



Minicursos



Apresentação
de trabalhos

Mais Informações:

(83) 3322.3222

contato@congregip2017.com.br

www.congregip2017.com.br

A segurança do paciente ainda é um desafio para a enfermagem



Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Mato Grosso. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq.

“Como se pode ver, o caminho para promover práticas seguras em enfermagem ainda é longo e desafiador e engloba a necessidade de estabelecimento de estratégias exequíveis e aplicáveis nos diversos ambientes de cuidados.”

O aumento da complexidade das práticas assistenciais, o incremento tecnológico associado às incertezas das tomadas de decisões e maior uso dos serviços de saúde fez com que a questão da segurança do paciente ganhasse relevância mundial no início dos anos 2000. No entanto no Brasil, somente em 2013, ela passou a ser foco de programas e políticas públicas de saúde, em especial, com a aprovação do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, assim como de outras diretrizes e ações específicas para promover a segurança do paciente e a qualidade nos serviços de saúde.¹

A enfermagem por atuar de forma mais constante e direta no cuidado ao paciente desempenha papel crucial na promoção de sua segurança. Em contrapartida, se esse cuidado não for realizado com qualidade, pode ser gerador de erros e comprometer a segurança. Assim, na assistência de enfermagem é preciso que tanto os dirigentes como os profissionais, tenham olhar ampliado sobre os múltiplos fatores que colocam em risco a segurança do paciente.

Como se pode ver, o caminho para promover práticas seguras em enfermagem ainda é longo e desafiador e engloba a necessidade de estabelecimento de estratégias exequíveis e aplicáveis nos diversos ambientes de cuidados, tais como os 10 Passos para a Segurança do Paciente proposto pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRA-ENSP2: Identificação do paciente; Cuidado limpo e cuidado seguro–higienização das mãos; Cateteres e sondas–conexões corretas; Cirurgia segura; Sangue e hemocomponentes–administração segura; Paciente envolvido com sua própria segurança; Comunicação efetiva; Prevenção de queda; Prevenção de úlcera por pressão e Segurança na utilização de tecnologia.

Além dessas estratégias básicas, para que o cuidado seja seguro e de qualidade, também se faz necessário a redução dos riscos e dos danos, além da implementação de normas, protocolos, rotinas e a incorporação de boas práticas de enfermagem. Tenham todos uma ótima leitura! 🐦

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 de abr. de 2013.
2. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP–Polo São Paulo. 10 passos para a Segurança do Paciente. São Paulo, 2010.

CADA CLIQUE PODE SALVAR UMA VIDA.

Previna infecções adquiridas em procedimentos cirúrgicos ou clínicos com o ONESOURCE

Se sua instalação não tem procedimentos de esterilização estritamente de acordo com Instruções de Uso dos fabricantes, estará sujeita a apresentar taxas mais elevadas de risco de infecções adquiridas em ambientes de cuidado de saúde, ou ainda gerar críticas negativas, danos à reputação e consideráveis prejuízos.

O ONESOURCE facilita com custo acessível um serviço para que sua instituição possa seguir as Instruções de Uso (IUFs) dos fabricantes recomendadas pela ANVISA. Nosso banco de dados on-line coloca os IUFs dos fabricantes atualizados ao seu alcance, melhorando a eficiência de processamento, segurança do paciente e conformidade com os regulamentos, além de ajudar na obtenção de acreditação.

Economize tempo, espaço e dinheiro enquanto salva vidas!



Assista a uma demonstração da forma mais acessível, simples e eficaz de eliminar erros em processamento estéril e em reduzir infecções.

oneSOURCE
—document site—

Para informações sobre preços, ligue para **0800 887 0903**
Cadastre-se para assistir a um webinar gratuito no oneSOURCEdocs.com

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
III Simpósio Internacional de Estomatoterapia do Noroeste Paulista	06 a 08/04/2017	São José do Rio Preto - SP	Site: sienp.educative.com.br Telefone: (17) 3216-3226 E-mail: eventos@educative.com.br
35º Congresso Brasileiro de Circulação Extracorpórea	20 a 22/04/2017	Rio de Janeiro - RJ	Telefone: (19) 3242-5748 E-mail: secretaria@sbcec.com.br
XXXII Congresso Regional Norte-Nordeste de Coloproctologia	20 a 22/04/2017	Salvador - BA	Telefone: (71)3358-2318 E-mail: dimagnavitaeventos@gmail.com
I SINREINECC - I Simpósio da Red Internacional Enfermeria en Cuidados Críticos	24 a 26/04/2017	Mandaguari - PR	Organização: Fundação FAFIMAN E-mail: reinccbrasil@gmai
II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança do Paciente	26 e 28/04/2017	São Paulo - SP	E-mail: relacionamento@segurancadopaciente.com.br
III SimPele	27/04/2017	São Paulo - SP	Organização: Expansão Eventos Telefone: (11) 5081-7718 E-mail: expansaoeventos@expansaoeventos.com.br
VII Simpósio Internacional CEEN – Segurança e Tecnologia na Assistência de Enfermagem	29/04/2017	Goiânia - GO	Organização: EventoGyn Telefone: (62) 3501-3300 E-mail: contato@ceen.com.br

Anvisa aprova proibição de termômetros e aparelhos de pressão com mercúrio

A agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a proibição da fabricação, importação e comercialização de termômetros e aparelhos de pressão que tenham mercúrio. O diretor-presidente da agência, Jarbas Barbosa, e também relator da proposta, conseguiu aprovar a resolução por unanimidade pela Diretoria Colegiada do órgão na tarde desta terça-feira (7).

Empresas fabricantes, órgãos de saúde privados e o Sistema Único de Saúde deverão se adequar às exigências até o dia 1º de janeiro de 2019. De acordo com



Foto: Merchii/Wikimedia Commons

Barbosa, uma consulta pública foi feita sobre assunto entre junho e agosto de 2016, com 16 participantes - três deles se mostraram contra a proposta.

A nova determinação cumpre o compromisso assumido pelo Brasil na Convenção de Minamata, que debateu os riscos do uso do mercúrio para a saúde e para o meio ambiente. Cerca de 140 países aprovaram um texto final em 2013, em Genebra, na Suíça, assumindo o compromisso de reduzir o uso de mercúrio em seus territórios.

Fonte: G1

Médicos e profissionais de Enfermagem apresentam dados sobre agressões sofridas e pedem paz

Uma sondagem com 5.658 médicos e profissionais de Enfermagem do Estado de São Paulo apontou que quase 60% dos entrevistados sofreram algum tipo de violência no ambiente de trabalho mais de uma vez e, em torno de 20%, pelo menos uma vez. Dentre os profissionais que relataram algum tipo de agressão, cerca de 60% afirmaram que a violência ocorreu em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A situação se agrava porque a grande maioria dos profissionais não denuncia o fato, por não acreditar que o mesmo seja levado adiante pelas autoridades e porque não há políticas de proteção às vítimas.

Os dados inéditos fazem parte de uma sondagem realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) e integram o lançamento da 2ª edição da campanha Violência Não Resolve, com o objetivo de conscientizar a todos sobre o problema, mostrando que respeito e harmonia, além de essenciais sempre, só contribuem para a melhoria da assistência.

De acordo com presidente do Cremesp, Mauro Aranha, a violência é um fenômeno crescente. "É fundamental discutir, também, medidas de acolhimento para os casos de agressões sofridas em ambiente de trabalho".

Realizada entre janeiro e fevereiro de 2017, a sondagem foi respondida por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e demonstrou que os profissionais têm sido vítimas constantes de agressões físicas e psicológicas em postos, hospitais e outras unidades de saúde do Estado de São Paulo, públicos e privados.

Fonte: CREMESP

duan
tecnologia a serviço do bem-estar



VENOSCOPIO IV **Plus** e VENOS **Baby**

Aparelhos localizadores de veias perifericas, com precisão, através da luz.

certificados



www.duaninternacional.com.br

Concorra a um Venos Baby

(aparelho localizador de veias perifericas, com precisão, através da luz, em crianças de zero a sete anos),
ao final do 67º CEBn - Congresso Brasileiro de Enfermagem /
4º CLAE n - Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem.



duan
tecnologia a serviço do bem-estar



Preencha o cupom, destaque-o do folheto e deposite na urna do stand da Duan.

EVENTO:
CURSO:

INSPIREN LABORADÓRIO
(NOME DO SERVIÇO)

NOME:

TELEFONE:

FAMÉ:

Hipertensão arterial: No olhar da enfermagem

No dia 26 de abril é comemorado o Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. Dados do Ministério da Saúde revelam que mais de 30 milhões de brasileiros sofrem de Hipertensão Arterial, um número bem expressivo para a população. E para entender a atuação do enfermeiro frente a uma doença que está presente em diversos lares brasileiros entrevistamos a Profa. Dra. de graduação e pós graduação da Escola de Enfermagem de São Paulo Angela Maria Geraldo Pierin, entre suas atividades de pesquisas está a temática das doenças crônicas com enfoque na assistência às pessoas com hipertensão arterial. Acompanhe!

Por Letícia Leivas Munir



Angela Maria Geraldo Pierin

Professora titular da escola de enfermagem da universidade de são paulo, onde atua desde 1981. Concluiu o mestrado, doutorado e livre docência. Atua no ensino de graduação e pós graduação. As atividades de pesquisa estão centradas na temática das doenças crônicas com enfoque na assistência às pessoas com hipertensão arterial, principalmente no tocante à mensuração da pressão arterial e adesão ao tratamento.

Revista Nursing: Qual é a melhor ação preventiva que um enfermeiro pode contribuir para a prevenção ou o controle da hipertensão arterial do paciente?

Angela Pierin: A hipertensão arterial é o principal fator para Doenças cardiovasculares que correspondem à principal causa de óbito no mundo e no Brasil. A Organização Mundial de Saúde estima que, anualmente ocorram cerca de 17 milhões de mortes relacionadas às doenças cardiovasculares, cerca de um terço do total de mortes na população e as complicações decorrentes da hipertensão arterial são responsáveis por 9,4 milhões destas mortes, por ano. A hipertensão é altamente prevalente, estudo de meta-análise realizado no Brasil, estimou uma média da prevalência de 31%, sendo que no idosos o índice pode duplicar.

Nesse sentido, a prevenção da hiper-

tensão é extremamente relevante para mudança desse cenário. A atuação do enfermeiro dentro de um contexto multidisciplinar visando a mudança e/ou a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis faz-se necessária.

O tratamento tem como principal objetivo a redução da morbimortalidade cardiovascular e requer mudanças no estilo de vida das pessoas, na maioria das vezes associada à utilização de medicamentos. O objetivo do tratamento é manter o hipertenso com os níveis da pressão arterial controlados (<140/90 mmHg). O tratamento não medicamentoso requer como medidas principais a diminuição na ingestão de sal, a prática de exercícios físicos regularmente, alimentação saudável, o controle da adiposidade, restrição de bebidas alcoólicas e abstenção do tabagismo. Porém, o controle dos hiper-

tensos não é uma tarefa fácil, estudos têm evidenciado taxas variadas, menos da metade dos hipertensos estão controlados expondo-os às complicações relacionadas com as disfunções de órgãos-alvo como o coração, cérebro e rim. Dentre as complicações mais frequentes, destacam-se o acidente vascular encefálico, a doença coronariana e a insuficiência renal.

Revista Nursing: Em um momento de cuidado o enfermeiro consegue apontar a identificação de indivíduos expostos a riscos no desenvolvimento da hipertensão? Existem fatores de risco para a hipertensão arterial?

Angela Pierin: Em qualquer avaliação de saúde, o enfermeiro deve estar atento para identificar os fatores de risco para hipertensão arterial: envelhecimento; excesso de peso e obesidade; etnia, a prevalência é maior em negros e mulatos; consumo excessivo de sódio; consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas; sedentarismo; fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade e nível salarial; e quem tem história de hipertensão na família. Além disso, a mensuração da pressão arterial de forma correta de acordo com protocolo estabelecido como da Sociedade Brasileira de Hipertensão (www.sbh.org.br) é imprescindível, pois é a única maneira de identificação da doença.

24º Evento internacional de soluções, produtos, serviços, tecnologia, inovações e equipamentos para a cadeia da saúde



Negócios



Networking



Conhecimento



Inovação

Aproveite a plataforma de marketing 360º

Top 5 razões para expor



Integre ações digitais e impressas e gere um maior número de contatos em apenas 4 dias. Mais de **90.000 visitas profissionais**



Destaque-se da concorrência, aumente a visibilidade da sua empresa



Torne assertivas suas estratégias de marketing e vendas
Seja o **primeiro a ser lembrado**



Lance suas soluções, tecnologias, produtos, serviços e equipamentos na **mais importante vitrine da cadeia da saúde nas Américas**



Encontre os **principais players nacionais e internacionais**

Saia na frente da concorrência
Reserve seu espaço hoje!

Revista Nursing: Atualmente a senhora vê o enfermeiro trabalhando com seu paciente no processo educativo, onde fala sobre os fatores de risco e como combater esse mal?

Angela Pierin: O que se tem verificado, de um modo geral, é a emissão de orientações sobre o tratamento, principalmente o não medicamentoso. Destaca-se que o conhecimento sobre a doença e tratamento deve estar incluído na proposta de atenção ao hipertenso. Porém, estudos realizados em nosso meio mostraram que os hipertensos possuíam a informação sobre sua problemática de saúde, porém não estavam devidamente controlados. Nesse sentido a discrepância entre ter informação a respeito da doença e tratamento, e conseguir controlar a pressão arterial aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão ao tratamento. Enquanto o conhecimento é racional, adesão ao tratamento é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística. Dessa forma, a educação em saúde tem como finalidade influenciar o comportamento do hipertenso visando obter mudanças e a manutenção das mesmas, tendo o paciente com agente integrante do processo.

Revista Nursing: Sabemos que o enfermeiro auxilia o paciente perante essa doença, mas e seus familiares? como se deve abordar o tema?

Angela Pierin: A participação da família é de extrema importância para a aquisição de hábitos saudáveis e mudanças de estilos de vida, além de apoio na realização do tratamento medicamentoso. A hipertensão arterial é uma doença crônica, requerendo tratamento para toda vida e para tanto o apoio e solidariedade da família, são imprescindíveis.

Revista Nursing: A cronicidade da doença é algo que pode desmotivar o paciente em relação aos cuidados? E como motivá-lo?

Angela Pierin: A cronicidade da do-

ença e ausência de sintomatologia específica, bem como complicações a longo prazo podem ser elementos que dificultam o controle das pessoas hipertensas. O enfermeiro deve orientar que a doença é controlada e não curada.

Revista Nursing: Qual o maior desafio para o profissional da saúde perante a hipertensão arterial?

Angela Pierin: Apesar das estratégias e políticas propostas, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo ainda é um desafio, e entre as principais barreiras destacam-se fatores relacionados ao tratamento (esquemas terapêuticos complexos, polifarmácia, custo); aos serviços de saúde (acesso a unidade, burocracia, insuficiência de recursos humanos e materiais, deficiência organizacional); ao profissional de saúde (preparo deficiente, alta rotatividade); ao relacionamento profissional/paciente (comunicação inadequada e insuficiente, dificuldade de relacionamento) e à gravidade e à atitude do paciente frente à doença (seguimento do tratamento prescrito e mudanças no estilo de vida; crenças inadequadas e desconhecimento das complicações da hipertensão arterial).

Dessa forma, o maior desafio para os profissionais de saúde que atuam na atenção às pessoas hipertensas é aumentar as taxas de controle da doença, e uma forma eficaz é a adesão ao tratamento. A seguir são apresentadas estratégias que podem influenciar esse processo.

Estratégias para facilitar a adesão e controle da hipertensão arterial 🐦

Relacionadas à pessoa hipertensa

Identificação de grupos de risco

Motivação do paciente

Educação em saúde

Auto cuidado

Auto monitorização da pressão arterial

Relacionadas ao tratamento anti-hipertensivo

Drogas com menos efeitos indesejáveis

Baixo custo

Associação fixa de drogas

Comodidade posológica

Combinação terapêutica

Orientar sobre efeitos indesejáveis

Prescrição e informações por escrito, de fácil entendimento

Familiarização dos profissionais com esquemas terapêuticos

Tratamento para grupos diferenciados

Relacionadas à equipe multidisciplinar

Convocação de faltosos, desistentes

Visita domiciliar

Reunião em grupo

Estabelecer objetivos junto com paciente

Estabelecer contrato com direitos e deveres do paciente e equipe

Flexibilidade na adoção de estratégias

Fixar equipe de atendimento

Fixar equipe de atendimento

Obedecer horário das consultas

Estabelecer vínculo com paciente

Considerar crenças, hábitos, cultura do paciente

Atendimento no local de trabalho

Sistema de contato telefônico

Usar recursos tecnologia computacional

Bibliografia consultada

1. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.
2. Pierin AMG. Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar. Manole, 2004.

Normas para Publicação

A Revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.

02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos dois autores devem ser assinantes da revista.

03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.

05 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br

06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.

07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).

08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.

09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.

10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.

11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.

12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.

13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.

14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).

15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.

16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.

17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.

calçado profissional antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



LÁTEX FREE CABEDAL

Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS

AMIGO DA FLORESTA

(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br

Relatos de vivência e dificuldades de mães em enfermaria canguru

RESUMO | Analisar o significado da vivência de mães em enfermaria com o Método Canguru. Método: Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa realizado em duas Instituições públicas no período de julho a dezembro de 2013. Participaram desta pesquisa 19 mães, respeitando os aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012. A produção do material empírico deu-se em três momentos: mediante a realização de observação participante, oficinas de reflexão e entrevistas individuais. Utilizado a análise de conteúdo, modalidade temática, norteada por Bardin. Resultados/Discussão: As mães expressaram várias dificuldades, como a falta de privacidade, considerando o espaço pequeno e desconfortável. Encaram a longa permanência como uma espécie de “confinamento.” Conclusão: Consideramos ser importante a implementação de mudanças com vistas ao acolhimento e empoderamento das mulheres, preservando a humanização do cuidado.

Palavras chave: Método Canguru. Cuidados de Enfermagem. Prematuro.

ABSTRACT | Analyze the meaning of the experience of mothers in the kangaroo method. Method: Exploratory and descriptive study with a qualitative approach carried out in two public institutions in the period from July to December 2013. Participated in this study 19 mothers, respecting the ethical and legal aspects of Resolution 466/2012. The production of the empirical material occurred in three stages: by conducting participant observation, reflection workshops and individual interviews. Using content analysis, thematic modality, guided by Bardin. Results / Discussion: The mothers expressed various difficulties, such as lack of privacy, considering the small and uncomfortable space. They face the long staying as a kind of “containment”. Conclusion: We consider it important to implement changes with a view to acceptance and empowerment of women, preserving the humanization of care.

Keywords: Kangaroo – Mother Care Method. Nursing Care. Premature.

RESUMEN | Analizar el significado de la experiencia de las madres en el método canguro Método: Estudio exploratorio y descriptivo con abordaje cualitativo realizado en dos instituciones públicas en el período de julio a diciembre de 2013. Participaron de esta pesquisa 19 madres, respetando los aspectos éticos y legales de la Resolución 466/2012. La producción del material empírico se ha dado en tres momentos : mediante la realización de observación participante, talleres de reflexión y entrevistas individuales. Utilizado el análisis de contenido, modalidad temática, orientada por Bardin. Resultado / Discusión: Las madres expresaron varias dificultades, como la falta de privacidad, considerando el espacio pequeño y desconfortable. Encaron la larga permanencia como una especie de confinamiento. Conclusión: Consideramos ser importante la implementación de mudanzas con vistas al acogimiento y empoderamiento de las mujeres, preservando la humanización del cuidado.

Palabras clave: Método Madre-Canguro. Atención de Enfermería. Prematuro.

Joise Magarão Queiroz Silva

Enfermeira, Pós-Graduação em UTI Neonatal e Pediátrica, mestre em Mulher, Gênero e Saúde do programa de Pós-graduação da EEUFBA.

Mariza Silva Almeida

Enfermeira, Professora Dra. do programa de Pós-graduação da EEUFBA.

Introdução

Atualmente, em todo o mundo nascem cerca de 20 milhões de crianças pré-termo e/ou de baixo peso, e um terço delas morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, houve um aumento proporcional do número de nascidos vivos - NV com baixo peso ao nascer, no período de 2000 a 2004¹.

Estudos apontam que o nascimento de um recém-nascido RN prematuro pode representar um momento de crise para a família e resultar em desequilíbrio e/ou desajuste familiar, com

reflexo na incapacidade temporária da mãe e do pai em tomarem decisão ou responderem adequadamente às demandas. De modo geral, esta situação pode provocar medo, dor, tristeza e constrangimento^{2,3}.

Nesse contexto, o acolhimento a essa família, por parte dos(as) profissionais de saúde, é de fundamental importância ao contribuir para estreitar o laço afetivo entre pais/mães/filhos(as) que, além de ajudar no restabelecimento do equilíbrio familiar, é fator relevante para o desenvolvimento do RN prematuro e/ou com baixo peso ao nascer.

Recebido em: 18/06 /2016

Aprovado em: 07/03/2017

Tendo como objeto o significado para as mães sobre sua vivência com o Método Canguru-MC, e diante da problemática apresentada passamos a nos questionar: Que significado tem para as mães a sua vivência no MC. Para responder a este questionamento, este estudo tem o objetivo de analisar o significado da vivência de mães em enfermária com o MC.

Método

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Utilizamos como local para realização da pesquisa duas instituições públicas com leitos obstétricos no município de Salvador-BA, sendo a primeira denominada de Instituição A e a segunda Instituição B, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o Parecer de nº 309606 e CAAE de nº16367713. 4.0000.5531 4. A fase de produção empírica dos dados ocorreu durante os meses de julho a dezembro de 2013.

A produção do material empírico deu-se em três momentos: mediante a realização de observação participante, entrevista semiestruturada e oficinas de reflexão. A observação se deu nos turnos da manhã ou tarde em ambas as instituições, de forma aleatória conforme a disponibilidade da pesquisadora. Nesta pesquisa, o diário de campo foi elaborado a partir das visitas da pesquisadora à Unidade Canguru, resultante da observação participante realizada pela pesquisadora durante todo período de coleta.

As oficinas de reflexão aconteceram em dois encontros, no próprio espaço de cada da Unidade Canguru (A,B), mediante acordo com a enfermeira e coordenadora das unidades por facilitar a participação das mães, as quais ficariam mais despreocupadas por permanecerem junto a seus(suas) filhos(as). Fizeram parte da atividade as mães, uma estudante de graduação

e como facilitadora da atividade a pesquisadora e a orientadora da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com as mães em local reservado, individualizado após apresentação, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Ambas foram gravadas a fim de garantir a precisão. As informações que comportavam os dados de identificação das participantes, dados sociodemográficos e obstétricos, foi preenchido um questionário estruturado e, em seguida, era realizada a entrevista semiestruturada com as questões norteadoras gravadas.

Participaram desta pesquisa 19 mães, sendo que 10 da Instituição A

“Eu nunca gostei de viver assim [...] da convivência com muita gente, pra mim nunca convivi... Mas tem uma dificuldade que nem todo mundo é bom com a pessoa [...]”

e 09 da Instituição B, destas, somente 16 cumpriram os critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos, condições físicas e psicológicas (boas condições físicas é apresentar-se com boa saúde e disposição para responder as entrevistas, não está acamada ou com alguma doença que a impeça de responder as questões ou participarem das oficinas, e estar bem psicologicamente é apresentar-se com estado cognitivo e mental íntegros, com bom ânimo, sentir-se confortável ao participar da pesquisa) para serem entrevistadas e/ou participarem das oficinas e terem, no mínimo, uma semana convivendo

em uma enfermária do MC de forma integral junto com seu RN. Destacamos como critério de exclusão a mãe menor de 18 anos, com déficit mental, bem como a convivência na unidade canguru inferior a uma semana.

Para manter o anonimato, as mães receberam uma codificação conforme a ordem das entrevistas e oficinas, respectivamente: Entrevistas- E1, E2... e oficinas- Of.a (Instituição A), Of. b (Instituição B). Após o consentimento, as participantes procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, levando em consideração os critérios da Resolução 466/2012⁴.

Ademais, esta pesquisa não implicou em despesas pessoais as participantes ficando cada participante com uma via do TCLE, bem como do documento sobre informações às pessoas participantes da pesquisa. Para operacionalizar a análise e tratar as informações coletadas, optamos por utilizar a análise de conteúdo, modalidade temática norteada por Bardin (2011)⁵.

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Significado da vivência de Mães no Método Canguru”, a qual foi configurada em quatro categorias e uma subcategoria: Significado da vivência no MC Aprendizagem para a continuidade do cuidado no domicílio; Dificuldades para vivência e convivência no MC; Subcategoria: Ambivalência do ser humano; Atendendo às construções sociais na vivência do MC.

Resultado e discussão

Para esse artigo, trabalhamos com a categoria Dificuldades para vivência e convivência no MC e a Subcategoria: Ambivalência do ser humano

Dificuldades para vivência e convivência no método canguru:

É de fundamental importância a atenção especial para as mães que convivem na Enfermária Canguru e,

acima de tudo, que se tenha sensibilidade para tornar essas mulheres visíveis. Diante da especificidade, essas mães estão inseridas em contextos sociais reais que impõem, de forma sutil ou não, as dificuldades da sua vivência⁶.

Nesse sentido, a convivência no Método Canguru é vista por muitas mães como difícil, pelo fato de estar em um quarto único, com uma média de dez leitos, sem privacidade, ao lado de várias pessoas estranhas, com hábitos, costumes e atitudes diferentes, e lhes conduziram a afirmar que,

Eu nunca gostei de viver assim [...] da convivência com muita gente, pra mim nunca convivi... Mas tem uma dificuldade que nem todo mundo é bom com a pessoa, nem todo mundo trata a pessoa como a gente merece ser tratada...a dificuldade aqui é a convivência, que nem todo mundo se adapta a viver num ambiente em conjunto né...Então eu acho que a convivência foi difícil [...](E1).

As dificuldades é que às vezes é complicado conviver com outras pessoas, às vezes pode ter conflito, às vezes não, mas as dificuldades também é está longe de casa [...](E 12)

A dificuldade também ali lá não tem muita privacidade da pessoa (E 4).

Também conviver com gente estranha, essas pessoas ficam criticando, ficam arrastando cadeira, ficam gritando, ficam cantando [...](E6).

É fácil concluir que é de fundamental importância proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível, além disso, é importante pensar em uma estrutura mais adequada que ofereça um pouco mais de privacidade a essas mulheres e sua família, além de favorecer um pouco mais de conforto, considerando que as mesmas deixam o convívio de seu lar para permanecerem em um ambiente totalmente estranho.

Outro aspecto levantado pelas mães é a desordem na sua estrutura familiar, pelo fato de se ausentarem por

muitos dias de suas casas, somado à preocupação com a atenção e cuidados de outros (as) filhos (as), marido, além do reflexo que esse afastamento tem na situação sócio-econômica.

Martins e Santos corroboram com essas questões, ao enfatizarem que a ausência materna da residência altera a dinâmica familiar, tanto no desempenho de papéis sociais como nas relações afetivas. Concluem que as mães, ao deixarem suas atividades domésticas para permanecerem com o RN prematuro na Unidade Canguru, comprometem o cuidado dos outros membros familiares⁶. Esse relato também pode ser confirmado neste estudo nas falas a seguir:

[...] Eu tive que mandar meu filho pro interior. Eu fiquei separada dos dois [...] um aqui o outro lá. Então, foi difícil. Mas graças a Deus tá acabando [...](E1).

[...] pelo fato de eu ter outros filhos lá fora, tanta coisa junta chega um tempo que você tá aí dentro, muito tempo aí dentro [...] que parece que você tá preso não pode sair, é muitas regras, muitas coisas que acontecem, aí [...](E2).

[...] quem tem outros filhos em casa, e está aqui pra cuidar dele, agente deixa a casa toda desordenada porque é um outro filho pra cuidar, essas coisas. Então agente acaba mexendo com o emocional da gente direito (Of.b; E1).

Tá tudo bagunçado, tá uma desordem total, quando eu chegar (em casa) vai demorar pra colocar tudo no lugar, até a vida financeira da gente, você fica presa não pode sair [...](E 14).

Frente a esses relatos, nosso entendimento é da necessidade de que as normas preconizadas no manual do Método Canguru² sejam cumpridas de modo efetivo nessas unidades de maneira a permitir que essas mulheres tenham a livre opção em ficar ou não na unidade ou, até mesmo, em permanecer de forma parcial. Para aquelas que não podem ou não querem ficar de forma integral, que lhes seja possibilitado permanecer com seus(suas)

filhos(as) durante o dia e poder dormir em suas casas durante a noite, ou rezevar com o pai ou outro familiar que tenha essa disponibilidade.

A maioria (16) das participantes enfatizaram, que a maior dificuldade enfrentada era estar longe de suas casas, por sentirem saudades do esposo, de outros(as) filhos(as) e demais familiares. Esse sentimento foi também encontrado no estudo de Campos e colaboradores, no qual as mães relataram, além de sentirem-se bem por estar próximas de seus filhos no MC, a tristeza por estarem longe de sua família e/ou outros(as) filhos(as)⁷.

De modo semelhante, outro estudo destaca esse sentimento, ao enfatizar que o distanciamento do convívio familiar foi evidenciado pelas mulheres com muito sofrimento, lágrimas, além da preocupação e da saudade com o cotidiano da família e das atividades laborais⁸. As depoentes reforçam esse sentimento ao dizerem:

A dificuldade é que a gente sente muita saudade da família né, tem horas que dá vontade de largar tudo e voltar, mas a gente pensa que a gente tá aqui não é nem pela gente, mas é pela criança. Tem horas que me dava vontade de pedir pra ir pra casa, mas depois eu pensava nele, não vou ficar, pois quem precisa de mim é ele (E 3).

A saudade de casa é a única coisa que faz ficar difícil a convivência aqui [...] Fora isso, não tem muitas dificuldade não, graças a Deus minhas companheiras do quarto são legais, só me chateia um pouco quando se metem na minha vida sem eu pedir, isso me estressa, fora isso tem nada não. Tem dificuldade nenhuma não, tirando a saudade de casa (E 11).

[...] quando chega a noite então a gente sente muita falta, mesmo a gente estando com o nosso bebê a gente sente muita falta de casa da gente e da família, eu não vou menti. No começo, na segunda-feira eu chorei muito, porque eu sentia falta de casa, do meu

esposo e só é nós dois, um depende do outro, eu chorava bastante[...] (E 12).

[...] mas é difícil ficar longe de minha casa, de minha família (E 8).

[...] então a gente sente falta da filha, do esposo e tudo, só que é uma experiência nova [...] (Of.a; E3)

Fica fácil constatar que, além da saúde de casa e da família, o sentimento de “confinamento e prisão” é expresso por algumas delas. Muitas compreendem a importância de estar ali para recuperação da criança e vínculo afetivo entre ambos, porém, à proporção que o tempo de internamento se prolongava o sentimento de estar presa lhes causava estresse muito grande, conforme pode ser verificado nas seguintes falas:

[...] o mais difícil era ficar aqui dentro, ficar presa aqui dentro [...] Você não pode sair, você não pode ir à rua, você tem que ficar aqui 24 horas. Então, o mais difícil foi isso. Enquanto eu vinha pra NEO (UTI Neonatal) e voltava (para casa) para mim tava tudo tranquilo. Eu vinha todos os dias, nunca deixei um dia de vim. Mas ali tava muito tranquilo, mas conviver aqui dentro [...] (E1).

E aí tá sendo uma coisa muito difícil para mim longe da minha família, longe do meu marido, longe da minha mãe... tá sendo é muito difícil ficar aqui dentro trancada. Você não quer ficar trancada [...] (E 6).

[...] a dificuldade é porque eu, no meu caso, não aguento mais ficar aqui, porque eu já tenho muito tempo aqui no hospital. Eu fiz 1 mês e 6 dias aqui, estou contando os dias já! Então para mim já tá fora de [...] não aguento mais. Eu não almoço, eu não durmo direito mais, porque eu sinto muita saudade de minha casa, né? [...] (E 14).

A minha dificuldade é essa porque eu não estou em casa, parei de sair, nunca fiquei muito tempo assim em um ambiente fechado sem estar lá fora, é isso mesmo (Of.a; E2).

Nesse aspecto, reconhecemos o

quanto imprescindível é a atuação da equipe de saúde, quando busca se envolver nesse processo como uma importante rede de apoio para essa mãe e a sua família. Deve, portanto, proporcionar um ambiente mais acolhedor possível, associado à ausculta

“[...] a dificuldade é porque eu, no meu caso, não aguento mais ficar aqui, porque eu já tenho muito tempo aqui no hospital. Eu fiz 1 mês e 6 dias aqui, estou contando os dias já! Então para mim já tá fora de [...] não aguento mais. Eu não almoço, eu não durmo direito mais, porque eu sinto muita saudade de minha casa, né? [...]”

qualificada, num esforço contínuo de entender cada necessidade singular e, a partir de então, ter presteza nos encaminhamentos e vistas a dar solução às demandas e promover o bem-estar da mulher.

Ambivalência do ser humano

O sujeito pode ser compreendido através de um conjunto de vivências afetivas nas várias situações da vida,

nas suas relações familiares, sociais e no trabalho. Portanto, aquele que entra em contato com o mundo, faz registro de suas experiências emocionais e afetivas vivenciadas desde o nascimento e ao longo de sua existência. Essas experiências dizem respeito às situações de frustração sentidas pela falta, isto, é pelas ausências e desprazeres impostos pelo mundo tanto familiar como social⁹.

O depoimento a seguir confirma a afirmativa, de que o estado de normalidade psicológico do indivíduo pode ser alterado através da vivência de experiências constrangedoras, podendo apresentar uma defesa psíquica para suportar esse conflito⁹.

[...] o fato da gente tá ali dentro, saber que a gente tem uma vida lá fora. De repente parar tudo para ficar aqui só, a rotina, vou dizer assim que é rotina, todo dia come, dorme, levanta, faz a mesma coisa [...] ficar ali dentro não é fácil, eu já não estava no estado de estresse que eu olhava pra minha filha e já imaginava jogar minha filha no chão, na parede, e depois aquilo me doía tanto, que eu chorava porque eu não queria tá com aquele pensamento sobre minha filha, chegar ao ponto de pegar jogar lá, de maltratar, de machucar, de “aaaa’ colocar no peito com ignorância [...]”, a cala a boca, vai dormir não chore não” [...], por causa do estresse, aquela coisa que eu já tava vivendo, então chegou um ponto que nem eu mesmo, disse meu Deus eu tenho que ir pra casa, tenho que me afastar um pouco daqui, pra melhorar minha situação com minha filha e com o pessoal que trabalha aqui dentro [...] (E 2)

Concordamos que não é fácil deixar tudo de lado, se afastar de tudo e de todos mesmo por uma grande causa, e diante da possibilidade de ter essa situação amenizada. Sendo assim, é importante rever normas, rotinas padronizadas e pensar um pouco na individualidade de cada mu-

lher, pois, diante do que foi expresso, o grau de estresse vivido por elas é muito grande, chegando ao ponto de pensarem em agredir a própria filha.

Nesse contexto, acreditamos ser imprescindível a realização de atividades educativas que favoreçam a atuação dessas mães, como exemplo realizar rodas de conversas, oficinas de reflexão, grupos focais, atividades que permitam troca de experiências e fortaleça o empoderamento das mesmas, funcionando como importante recurso para minimizar o sentimento de confinamento expresso por essas mulheres, possibilitando-lhes a troca de experiência e o apoio mútuo.

Lelis e colaboradores afirmam que, a não utilização de atividades em grupo como estratégia metodológica interfere de forma negativa para efetivação do entendimento, das pessoas nesse contexto das mães, participantes do projeto canguru, sobre assuntos variados relacionados às suas necessidades e aos cuidados com seu(sua) filho(a). Enfatizam que, o trabalho realizado com grupo de pessoas com objetivos comuns, - alcançar a saúde de seus(suas) filhos(as) -, fortalece e enriquece a discussão do problema ou dos saberes a serem discutidos, permitindo mudança de hábitos e incorporação de novos conhecimentos¹⁰.

Conclusão

A assistência e cuidados neonatais associados ao MC reforçam seu valor para a sobrevivência e redução da morbidade de neonatos. Ao lado disso, a observância das questões individuais que possam facilitar ou atender às necessidades singulares de cada mãe, além de significativo, são elementos primordiais para sua autodeterminação e autonomia, importantes para o alcance da cidadania.

As mães expressaram várias dificuldades, como a falta de privacidade por ficarem em uma enfermaria de alojamento conjunto em um único quarto, considerando o espaço pequeno e desconfortável. Encaram a longa permanência como uma espécie de “confinamento”, o qual, na maioria das vezes causa desordem na estrutura familiar, pelo fato de permanecerem por muitos dias fora de suas casas, resultando em preocupação relativa aos cuidados de outros (as) filhos (as) e do marido, além de ter reflexo na situação sócio-econômica da família.

Fica explícito o importante papel da equipe de saúde e em especial da equipe de enfermagem, que deve proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível, e entender cada necessidade singular, e seus devidos encaminhamentos para possível solução com vistas ao alcance do bem

-estar da mulher. Acreditamos como fundamental que se estabeleçam esforços crescentes, no sentido de padronizar as ações, considerando as especificidades de cada mãe, e reconhecendo, nessas, nos pais e demais familiares, uma parceria para a construção de uma assistência que atenda de fato aos objetivos do MC.

É importante pensar em uma estrutura mais adequada que ofereça um pouco mais de privacidade e conforto a essas mulheres e à família. Além disso, vemos como necessário dar maior flexibilidade às rotinas da Unidade Canguru, que permita a essas mulheres escolherem em permanecer de modo contínuo ou parcial.

A realização, nesse espaço, de atividades educativas, oficinas e grupos focais são estratégias importantes que favorecerão a expressão de sentimentos dessas mães e funcionarão como um importante recurso para minimizar angústia e ansiedade.

Acreditamos que esse estudo poderá contribuir para uma melhor percepção da vivência de mães no MC pelos profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar, bem como gestores públicos, e dessa forma sejam criadas estratégias para melhoria dos aspectos relacionados e vivência dessas mães na unidade canguru. 🐨

Referências

1. Ministério da Saúde. Uma Análise dos Nascimentos no Brasil e Regiões. Brasília, DF, 2009.
2. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru: Manual técnico 2ºed. Brasília, DF, 2011.
3. Eleutério FRR, et al. O Imaginário das Mães Sobre a Vivência no Método Mãe-Canguru. *Cienc Cuid Saude*, 2008;7(4): 439-446.
4. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos.[Internet], 2012.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição Revista e Atualizada. Tradução por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 71, 2011
6. Martins AJVS, Santos IMM. Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10(3):703-10.
7. CAMPOS, Antonia do Carmo Soares, et al. Vivência no método mãe canguru: Percepção da mãe. *Rev. Rene.* Fortaleza, 2008;9(3):28-36.
8. Ribeiro AG. O sentido do ser-mulher-puérpera no método mãe canguru. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2006.
9. Bertão FRBM, Hashimoto FI. Entre o desejo e o sofrimento psíquico no trabalho: um estudo de caso com professora de educação infantil. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte) 2006;12(20).
10. Lélis ALPA, Machado MFAS, Cardoso MVLML. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascidoprematuro. *Rev. Rene.* Fortaleza, 2009;10(4): 60-69.

A experiência da gestação para mulheres surdas

RESUMO | Considerando que a mulher surda, como qualquer outra mulher, necessita de atendimentos de saúde no ciclo gravídico-puerperal, constitui-se de fundamental importância o conhecimento das experiências dessas mulheres com a gestação. Este estudo tem por objetivo descrever as experiências de mulheres surdas durante a gravidez e parto; Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Na coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada e roteiro pré-definido. A análise de dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Nos casos estudados, as mulheres vivenciaram a gravidez não planejada, a dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde, a violação dos direitos da pessoa surda, apreensão em relação à sanidade auditiva do bebê e realização de cesárea. Foi possível refletir acerca da fragilidade da assistência à essas mulheres no âmbito da saúde, a despeito da existência de uma ampla legislação que ampara as pessoas surdas.

Descritores: Gravidez; Surdez; Cuidado pré-natal.

ABSTRACT | Considering that the deaf woman, like any other woman, needs health care in the pregnancy-puerperal cycle, it is of fundamental importance to know the experiences of these women with gestation. This study aims to describe the experiences of deaf women during pregnancy and childbirth; This is a qualitative approach. In the data collection a semi-structured interview and pre-defined script was used. Data analysis was performed according to the Bardin content analysis. In the cases studied, the women experienced unplanned pregnancy, difficulty in communicating with health professionals, violation of the rights of the deaf person, apprehension regarding the auditory health of the baby and performing cesarean section. It was possible to reflect on the fragility of health care assistance to these women, despite the existence of comprehensive legislation to protect deaf people.

Descriptors: Pregnancy. Deafness. Prenatal care.

RESUMEN | Mientras que la mujer sorda, como cualquier otra mujer, que necesita atención de la salud en el embarazo y el parto, se compone de una importancia fundamental para estudiar las experiencias de estas mujeres con el embarazo. Este estudio tiene como objetivo describir las experiencias de las mujeres sordas durante el embarazo y el parto; Se trata de un estudio cualitativo. La recolección de datos se utilizó una entrevista semia estructurada y el guión predefinido. El análisis de datos se realizó de acuerdo con el análisis de Bardin. En los casos estudiados, las mujeres experimentaron un embarazo no planificado, la dificultad de comunicación con los profesionales de la salud, la violación de los derechos de la persona sorda, la preocupación por la salud auditiva del bebé y la cesárea. Fue posible reflexionar sobre la fragilidad de la asistencia a estas mujeres en materia de salud, a pesar de la existencia de una legislación integral que apoya a las personas sordas.

Descriptores: Embarazo. Sordera. Atención Prenatal.

Enilda Rosendo Do Nascimento

Enfermeira, Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutora pela Universidad de Valladolid, Espanha. Mestrado em enfermagem pela UFBA. Especialista em enfermagem comunitária.

Sara Peixoto de Almeida

Enfermeira Saúde da Mulher da Maternidade Climério de Oliveira. Especialista em enfermagem obstétrica pela Universidade Federal da Bahia.

Recebido em: 18/01/2017

Aprovado em: 07/03/2017

Sara Moreira dos Santos

Graduação em enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia.

Tânia Christiane Ferreira Bispo

Enfermeira, Doutora e Pós Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA com convênio com a Universidad de LANUS – Buenos Aires – Argentina. Mestre em Saúde da Mulher, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia.

Introdução

A deficiência auditiva (DA) é um problema de ordem sensorial que se caracteriza pela perda da capacidade de ouvir, total ou parcialmente. A DA é o tipo de deficiência que causa maior dificuldade de convívio social, pois além de ser invisível, a audição é um sentido essencial para aquisição e uso da linguagem.^{1,2}

Frequentemente, as pessoas surdas são vistas como incapazes, colocadas às margens da educação, cultura, política, economia e sociedade.³

Sob o enfoque das dificuldades enfrentadas por pessoas surdas, devem ser

feitas considerações a respeito dos diferenciais lingüístico-cognitivos encontrados entre elas. Os surdos oralizados, por exemplo, comunicam-se por meio de língua oral, fazem leitura labial e, comparativamente, desenvolvem habilidades verbais superiores aos surdos não oralizados. Este termo, por sua vez, não pode ser entendido como mudez, mas significa que a pessoa surda não foi exposta ao trabalho de oralização ou fala muito pouco.⁵

No Brasil, as políticas nacionais voltadas à saúde da mulher foram limitadas às questões relativas a gravidez e ao parto até meados da década de 80.^{6,7}

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), todas as pessoas com todos os tipos de deficiência devem gozar de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais. Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, em 1993 a Conferência de Viena trazia a discussão sobre as questões de gênero e priorizou a promoção e proteção dos direitos humanos das mulheres. No ano seguinte, em 1994, a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento era realizada no Cairo, conferindo à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos papel primordial.⁷

Por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o atendimento a grupos específicos de mulheres, como as com algum tipo de deficiência, passa a integrar políticas de cuidados voltados para essa população.⁶

Embora previsto no texto da PNAISM, as especificidades do cuidado às mulheres surdas não têm se traduzido em ações efetivas, notadamente na atenção à essas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, o que pode provocar a não procura por tais serviços.

A mulher surda, assim como as demais, necessita de atendimentos de saúde durante seu ciclo gravídico-puerperal, tornando-se indispensável observar a legislação existente e garantir que a surda receba um tratamento

equitativo ao da ouvinte.^{8,9}

O atendimento dessas necessidades requer amplo conhecimento das experiências das mulheres surdas com a gestação e com os cuidados recebidos nesse período. Diante da complexidade de uma gestação, perguntamos: como é a experiência da gestação para mulheres surdas?

Frente ao exposto, este estudo tem por objetivo descrever as experiências de mulheres surdas durante a gravidez e parto;

Método

Estudo qualitativo que utiliza casos individuais, denominado de estudo de caso instrumental.¹⁰ É um tipo de abordagem adequada ao estudo de fenômeno pouco investigado, com poucos casos que leve à identificação de categorias de observação ou à geração de hipóteses para estudos posteriores.¹¹

Os sujeitos da pesquisa foram duas mulheres surdas que passaram pela experiência da gestação e parto, residentes no município de Salvador - BA. Estas receberam nomes fictícios de flores - Rosa e Magnólia. A participação neste estudo ocorreu de forma voluntária pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Foi utilizada uma entrevista semi estruturada com roteiro pré-definido. A comunicação com uma das entrevistadas (Rosa) foi mediada por uma intérprete em LIBRAS, uma vez que a mesma não fala. A outra entrevistada (Magnólia), por ser oralizada, não necessitou de intérprete.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2014 e janeiro de 2015. A análise de dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, conforme parecer nº 35477314.0.0000.5531 de 03/09/2014, obedecendo as normatizações contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A primeira entrevistada passou pela experiência da gestação há 6 meses, é primípara, sem abortos, foi submetida a cesariana, sofreu como intercorrências da gravidez baixo peso do recém nascido e fissura mamária. A segunda entrevistada passou pela experiência da gestação há 8 meses, é tercípara, sem abortos, submeteu-se a cesariana nas três gestações, sofreu como intercorrência da gravidez diabetes gestacional.

Da análise do conteúdo das entrevistas emergiram cinco categorias que revelaram gravidez não planejada, dificuldade de comunicação, direito da pessoa surda, apreensão em relação à sanidade auditiva do bebê e Parto cirúrgico.

Gravidez não planejada

No discurso das mulheres observou-se a ocorrência de elementos com relação ao fato da gravidez não ter sido planejada.

"[...] Eu não queria ficar grávida porque eu já tinha dois filhos, agora ele era um cara responsável e quando soube que eu tava grávida ele queria." (Rosa)

"Na verdade não planejei... foi assim, aconteceu. [...] Pelo menos assim... o pai não queria isso agora, mas depois aí ele falou: fazer o quê, né?" (Magnólia)

"[...] E aí eu falei assim: mas eu já tenho dois filhos, aí ele fez: não, mas eu quero o filho e aí também já tava com três meses aí eu deixei." (Rosa)

"[...] Mas Na verdade (pequena pausa) minha mãe ficou falando assim: "é isso mesmo que você quer?" Eu falei: ôh... Primeiro eu não quero tirar, quero ver ele crescer..." (Magnólia)

Dificuldade de comunicação

Magnólia, mesmo sendo oralizada, refere dificuldade com relação a comunicação em alguns momentos. A situação se agrava no caso de Rosa, que tendo como língua materna a LIBRAS entende pouco do português.

"[...] quando as pessoas falam comigo as vezes tem algumas coisas que eu

não consigo entender... Tem lugar, aí eu fico assim: aí meu Deus... (balbucian-do) aí tem lugar que tem que ter uma pessoa acompanhante pra poder entender melhor.” (Magnólia)

“[...] na maternidade lá quando eu tive o neném, por exemplo, eu sozinha de surda lá e não tinha ninguém com quem conversar e eu ficava aflita, precisava de ajuda e eu não tinha ninguém quem chamar. Porque as enfermeiras não me entendiam e eu não tinha com quem me comunicar. [...] é muito difícil, que você chega, quer uma informação e não tem ninguém pra te dar uma informação, porque ninguém te entende.” (Rosa)

Com relação aos cuidados recebidos durante o pré-natal, as mulheres relataram que tiveram orientação médica sobre alguns aspectos da gravidez, sempre intermediadas por familiares.

“[...] tive orientação da médica... no pré-natal, aí ela passou ultrassom. Eu não tinha o plano, aí no primeiro mês eu fiz logo o plano, procurei o pré-natal [...] quando eu tava com cinco, seis em diante aí quem me acompanhou no restante das ultrassom foi minha mãe e meu irmão mais velho.” (Magnólia)

“[...] Gostei muito do atendimento do médico, ele me atendeu muito bem, foi ótimo. [...] Eu chegava lá e eu não conseguia me comunicar com ninguém. A minha mãe ligava e marcava, chamava a enfermeira, falava com ela, escrevia tudo num papel para ele entender. E a minha mãe ajudava muito, porque ela me entendia e ia junto comigo e eu colocava num papel o que eu queria e minha mãe explicava para as enfermeiras e pro médico.” (Rosa)

Direito da pessoa surda

Quando questionada sobre como deveria ser o atendimento as gestantes surdas, Rosa se mostrou consciente sobre a legislação que a ampara. Magnólia reconheceu como principal problema para o atendimento a falta de comunicação.

“[...] Não tinha intérprete lá. Tinha que ser obrigatório, é um direito que o

surdo tem, a lei diz que é um direito que o surdo tem, ter um intérprete dentro do hospital público [...] O surdo sabe que é direito dele.” (Rosa)

“Tem vários lugares que devia ter uma pessoa que entende LIBRAS pra poder ajudar ter o atendimento [...] Porque o problema principal é a falta de comunicação pras pessoas surdas [...]” (Magnólia)

“[...] tive orientação da médica... no pré-natal, aí ela passou ultrassom. Eu não tinha o plano, aí no primeiro mês eu fiz logo o plano, procurei o pré-natal [...] quando eu tava com cinco, seis em diante aí quem me acompanhou no restante das ultrassom foi minha mãe e meu irmão mais velho.” (Magnólia)

Apreensão em relação à sanidade auditiva do bebê

Durante a entrevista emergiu da fala das entrevistadas, em diferentes momentos, a expectativa com relação à saúde do bebê. Observou-se que ambas levantaram a possibilidade do bebê nascer surdo.

“[...] quando eu tava grávida eu achava que ele ia puxar esse mesmo problema que eu tenho. Mas não... agora também ele tem que fazer a triagem auditiva pra ver se ele tá normal ou se

ele tem um pouco de problema. [...] Também perguntei a médica se caso assim durante a gravidez esse problema que eu tenho o bebê pode ter?” (Magnólia)

“Eu fiquei sentindo, eu fiquei pensando só Deus que sabe se ele vem surdo ou ouvinte. Deus sabe de tudo... o que vier... [...]” (Rosa)

Parto cirúrgico

As mulheres entrevistadas trouxeram em seus relatos que foram submetidas à cesarianas, uma delas passou pela terceira vez pelo procedimento.

“Aí quando foi no sábado aí fui como emergência, lá mesmo... (esquece a palavra)... o atendimento... e aí eles me levaram pra fazer os batimentos, o mesmo exame que eu fiz, aí ficou fraco[...] Aí fiquei logo internada lá mesmo. Aí o chefe do plantão disse que eu ia ficar pra fazer a cesárea.” (Magnólia)

“[...] quando eu tive a terceira filha, que puxou a neném, que tirou, e o médico foi embora e levou a neném embora pra limpar, eu fiquei desesperada. Eu fiquei preocupada. Enquanto tava costurando minha barriga eu tava pensando na minha neném que tinham levado embora [...] Aí quando trouxe eu senti um alívio muito grande, comecei a chorar, beijei minha filha, vi que ela tava bem, que tava inteira.” (Rosa)

O que chamou a atenção em um dos relatos, foram os sentimentos de medo e angústia vivenciados por Rosa ao final do procedimento, no momento em que sua filha foi levada para receber os cuidados de rotina.

Discussão

O estudo revela os desafios enfrentados pelas gestantes surdas, desde a descoberta da gestação, passando pelo atendimento nos serviços de saúde ao momento do parto e nascimento.

A aceitação da gravidez pela mulher, vem acompanhada com a expectativa da presença do parceiro e do compartilhamento de responsabilidades, tornando-se decisivo para o sentimen-

to de rejeição ou aceitação da mulher, diante da gravidez não desejada, ter ou não o apoio do parceiro.¹²

Enfrentado este desafio, essas mulheres se deparam com a intercomunicação nos serviços de saúde para assistência ao pré-natal. Um estudo caracterizou as percepções de pessoas surdas sobre o processo de comunicação no contexto do seu atendimento por profissionais de saúde e concluiu que o surdo ainda não conseguiu alcançar uma comunicação satisfatória com os profissionais de saúde, deparando-se com momentos ruins a ponto de necessitar de um intérprete¹³.

As entrevistadas sempre estavam acompanhadas de familiares nas consultas, que intermediavam o contato delas com os profissionais. Neste contexto, nem sempre a pessoa surda consegue expor na totalidade suas necessidades e indiretamente ocorre a quebra do sigilo das informações prestadas.^{2,14}

É garantido por lei, o acesso aos serviços de saúde e medidas de prevenção para pessoas surdas. Existe a necessida-

de de campanhas específicas, possibilitando que tenham o mesmo acesso que as pessoas ouvintes.^{15,16}

O enfermeiro na atenção básica, quando relata a experiência do atendimento a uma gestante surda, reconhece a necessidade de se investir na capacitação teórico-prática do profissional e de refletir sobre a assistência prestada a essas mulheres.¹⁵

Também é válido mencionar que há o surgimento de expectativas a partir do bebê imaginário, construído pelas mães durante a gravidez. Na formação do vínculo materno com seu recém-nascido, o parto é um dos momentos mais importantes, pois “materializa” a maternidade construída ao longo da gestação, sendo efetivamente o primeiro contato entre mãe-bebê e um momento de reorganização emocional para mulher.¹⁷

Conclusão

O estudo desvela elementos que necessitam repensar sobre a assistência das mulheres surdas, tendo em vista a

melhoria da qualidade da assistência a este público.

A garantia do acesso aos serviços de saúde ainda é uma realidade distante para essas mulheres, visto que a barreira da comunicação existe tanto para a surda que se comunica por LIBRAS, quanto para que é oralizada.

Faz-se necessário o aprofundamento dessa temática na formação acadêmica dos profissionais de saúde, além da capacitação dos atuantes no SUS, visto que a presença do intérprete tem grande impacto com relação ao acesso e qualidade dos serviços, porém não necessariamente representa a inclusão das pessoas surdas.

Estudar sobre a experiência de mulheres surdas com a gestação e parto pode vir a contribuir para a reflexão e apresenta-se ainda como potencial para subsidiar a formulação e planejamento de políticas públicas de atendimento em saúde que venham a responder às necessidades de saúde dessas mulheres. 🐾

Referências

1. Castro SS, Paiva MP, César CLG. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(2):128-34.
2. Corrêa CS, Pereira LAC, Barreto LS et al. O despertar do enfermeiro em relação ao paciente portador de deficiência auditiva. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online*. 2010;2(2):758-769
3. França ISX, Pagliuca LMF. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):178-85.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos: uma prioridade do Governo. Área Técnica de Saúde da Mulher. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n.1. Brasília (DF); 2005, p.1-24.
5. Torres E, Mazzone A, Mello A. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. *Educação e Pesquisa*, São Paulo. 2007;33(2):369-386.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
7. Nascimento NM et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro. 2010;14(3):456 – 461.
8. Bernardes LC, Maior IM, Spezia CH, Araujo TC. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):31-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32), 2012.
10. Stake RE. *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA.: Sage, 1995.
11. Alves-mazzotti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*. 2006;36(129).
12. Tachibana M, Santos LP, Duarte CAM. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê*, São Paulo. 2006;10(19):149-167.
13. Cardoso AHA, Rodrigues KG, Bachion MM. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, julho-agosto 2006.
14. Aragão JS, Magalhães IMO, Coura AS, et al. Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. *J. res.: fundam. care*. 2014;6(1):1-7.
15. Nascimento VF. Desafio do enfermeiro na consulta à gestante surda: relato de experiência. *Nursing*, São Paulo. 2011;13(154):144-147.
16. Chaveiro N et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a Língua de Sinais, na perspectiva dos profissionais da saúde. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):639-645.
17. Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section; *Journal of Human Growth and Development*. 2013;23(2):190-197.

A percepção dos idosos frente ao envelhecimento: atendimento em atenção primária

RESUMO | Introdução: Fatores influenciam na concepção do envelhecimento, interferindo na adaptação do idoso diante das limitações oriundas do processo de envelhecer. Objetivo: Identificar e analisar a concepção dos idosos acerca do envelhecimento de Unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Assis-SP. Método: Pesquisa qualitativa e de campo, utilizando a análise de conteúdo. Para a amostra utilizou-se a técnica "saturação", compondo-se de 23 participantes. Resultado: Identificou-se como tema central "O envelhecimento na visão dos idosos de unidade de ESF pertencente a um município do interior do estado de São Paulo", seguido dos seguintes núcleos: Envelhecimento relacionado ao aspecto biológico; Envelhecimento relacionado ao aspecto social; Envelhecimento relacionado à aquisição de experiência; Envelhecimento relacionado a realizações pessoais; Envelhecimento relacionado com tristeza e dependência. Conclusão: Evidenciou concepções diversificadas acerca do envelhecimento, sendo imprescindível que profissionais da saúde compreendam estas concepções visando práticas embasadas na clínica ampliada.

Descritores: Idoso. Envelhecimento. Geriatria.

ABSTRACT | Introduction: Factors influence the conception of aging, interfering in the adaptation of the elderly to the limitations of the aging process. Objective: To identify and analyze the conception of the elderly about the aging of the Family Health Strategy Unit of the city of Assis-SP. Method: Qualitative and field research, using content analysis. For the sample, the "saturation" technique was used, being composed of 23 participants. Outcome: The central theme "Aging in the vision of the elderly of ESF unit belonging to a municipality in the interior of the state of São Paulo" was identified, followed by the following nuclei: Aging related to the biological aspect; Aging related to the social aspect; Aging related to the acquisition of experience; Aging related to personal achievements; Aging related to sadness and dependence. Conclusion: Evidenced diverse conceptions about aging, being essential that health professionals understand these conceptions aimed at practices based on the expanded clinic.

Descriptors: Elderly. Aging. Geriatrics.

RESUMEN | Introducción: Factores que influyen en el diseño de envejecimiento, lo que interfiere con la adaptación de edad avanzada antes de las limitaciones derivadas del proceso de envejecimiento. Objetivo: Identificar y analizar el diseño de los ancianos sobre el envejecimiento Unidad de Estrategia de Salud del municipio de la familia Assis-SP. Método: cualitativa y la investigación de campo, mediante análisis de contenido. Para la muestra se utiliza la técnica de "saturación" y está compuesta por 23 participantes. Resultado: Se identificó como tema central "El envejecimiento en vista de la unidad FHS ancianos pertenecientes a un municipio en el estado de Sao Paulo", seguido por las siguientes secciones: envejecimiento relacionados con aspectos biológicos; El envejecimiento relacionado con el aspecto social; El envejecimiento relacionado con la adquisición de la experiencia; El envejecimiento relacionado con los logros personales; El envejecimiento asociado a la tristeza y la dependencia. Conclusión: Se evidenció diversas concepciones sobre el envejecimiento, siendo imprescindible que los profesionales de la salud a comprender estos conceptos destinados a las prácticas fundamentadas en la clínica extendida.

Descriptorios: Edad avanzada. Envejecimiento. Geriátria.

Fernanda Cenci Queiroz

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (USP). Docente do curso de Enfermagem na Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA.

Maria José Caetano Ferreira Damaceno

Enfermeira. Mestre em Saúde e Envelhecimento (FAMEMA). Docente do curso de Enfermagem e Medicina na Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA).

Pedro Marco Karan Barbosa

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem (USP). Docente do curso de Enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Vanessa Ramos da Silva Lopes

Enfermeira. Mestre em Saúde e Envelhecimento (FAMEMA). Docente do curso Técnico em Enfermagem na ETEC Pedro D'Arcádia Neto.

Recebido em: 28/11/2016

Aprovado em: 03/03/2017

Introdução

O processo de envelhecimento acelerado tem se destacado mundialmente, considerado resultado do aumento da expectativa de vida e diminuição da fecundidade, sendo que no Brasil, observou-se tal diminuição a partir dos anos 60.¹

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 o Brasil possuía 190.755.799 habitantes, considerando que 20.590.599 eram pessoas idosas (idade igual ou superior a 60 anos), que corresponde

10,8% da população brasileira.²

O envelhecimento provoca alterações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. No campo biológico, ocorrem alterações morfológicas, como o aparecimento de cabelos brancos, rugas, etc., como também alterações fisiológicas que estão relacionadas às funções orgânicas, quais processam o organismo. Em relação as alterações psicológicas, estas relacionam-se às necessidades de adaptação às novas situações do cotidiano. As alterações sociais, muitas vezes ocorrem devido a diminuição da produtividade.³

Além dessas alterações, o envelhecimento pode variar de um indivíduo para o outro, pois fatores como estilo de vida, doenças crônicas, questões socioeconômicas, culturais estão diretamente interligados à forma de envelhecimento.⁴

Ademais, o envelhecimento pode ser relacionado com a diminuição das capacidades, de forma geral, ou como período de maior dependência dos familiares, enquanto outros, apontam a velhice como momento de maior sabedoria e bom senso.⁵

Portanto, existem diversos fatores que podem influenciar na compreensão desta fase e refletir em sua concepção pelos idosos e consequentemente na adaptação diante das limitações oriundas das alterações comuns do envelhecimento ou do aparecimento das doenças.

Assim, consideramos importante que os profissionais de saúde compreendam como os idosos concebem o envelhecimento para uma atuação com mais qualidade e efetividade. Nessa perspectiva, esse trabalho teve como objetivo identificar e analisar a concepção dos idosos acerca do envelhecimento, a fim de subsidiar as práticas profissionais de acordo com a clínica ampliada, assim como favorecer o enfrentamento e adaptações do idoso diante das alterações do processo de envelhecer.

Foi norteado pelo problema que diz respeito ao modo como os idosos concebem a ideia de envelhecimento,

à forma como compreendem o que é a idade avançada. Diante dessa contextualização, a principal questão que orientou este trabalho foi a seguinte: Qual é a concepção dos idosos acerca do envelhecimento?

Método

Trata-se de uma pesquisa de campo, tipo exploratória, de caráter qualitativo. Segundo Minayo⁶, a pesquisa qua-

“O envelhecimento provoca alterações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. No campo biológico, ocorrem alterações morfológicas, como o aparecimento de cabelos brancos, rugas, etc., como também alterações fisiológicas que estão relacionadas às funções orgânicas, quais processam o organismo.”

litativa possibilita alcançar informações e conhecimentos sobre o objeto de pesquisa ao explorar uma realidade social, o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, crenças e atitudes.

O cenário para a coleta de dados foi uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Assis-SP, em parceria a uma clínica de Enfermagem de uma Faculdade do Município.

Os sujeitos da pesquisa foram idosos pertencentes a uma micro área da unidade da ESF em questão. De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), o universo de idosos com idade igual ou superior a 60 anos pertencentes a esta unidade de saúde é de 271 pessoas, distribuídos em 04 micro áreas. Para a seleção da amostra realizou-se primeiramente um sorteio aleatório das micro áreas, sendo sorteada a micro área de número 04, composta por 81 idosos. Os critérios de inclusão na amostra foram: idosos sem alterações de orientação quanto ao tempo, espaço e pessoa, além disso, foi utilizado o critério de saturação das falas durante a transcrição e a leitura das entrevistas, chegando a uma saturação com 23 idosos. A técnica da saturação é um método para fechar a amostra ao perceber redundâncias, repetições nas falas dos sujeitos entrevistados, suspendendo a inclusão de novos participantes, pois suas falas pouco contribuiriam de forma significativa para a análise.⁷

Foram excluídos da amostra os idosos com dissociações do pensamento e dificuldades para verbalização.

O material coletado foi levantado por meio de entrevista semiestruturada e a partir de dados da ficha A do SIAB. Previamente à entrevista, foi fornecido a cada idoso da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constando a garantia da livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos, nome do pesquisador responsável e sua anuência esclarecendo que pode retirar-se da pesquisa sem nenhum malefício. Também foi solicitado aos participantes a autorização para que as entrevistas individuais fossem registradas em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para permitir fidedignidade do material coletado e que ao final da pesquisa o material

gravado e transcrito foi destruído.

O material levantado pelas entrevistas foi analisado pela análise de conteúdo, modalidade temática, segue da relação de estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, bem como articula estes enunciados abordados com os fatores que determinam suas características, sejam elas, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem.⁸

Primeiramente foi realizada uma caracterização dos idosos a partir dos dados presentes na ficha A do SIAB, como os de identificação, econômicos, profissionais e de atuação, familiares, bem como os referentes à saúde. Os entrevistados foram classificados como P1, P2, P3, [...], P23.

Durante a análise das entrevistas, foi identificado como tema central "O envelhecimento na visão dos idosos de unidade da ESF pertencente a um município do interior do estado de São Paulo", seguido dos seguintes núcleos: Envelhecimento relacionado ao aspecto biológico; Envelhecimento relacionado ao aspecto social; Envelhecimento relacionado à aquisição de experiência; Envelhecimento relacionado a realizações pessoais; Envelhecimento relacionado com tristeza e dependência.

Esta pesquisa atende o disposto na Resolução 466/129 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer nº 833.543.

Resultados

Os 23 (100%) idosos participantes foram caracterizados conforme variáveis apresentadas na tabela 1. Do total de 23 (100%) idosos entrevistados, é predominante o gênero masculino (65,22%), portanto, neste estudo não haverá diferenciação entre os gêneros. Grande parte dos idosos entrevistados tinha idade entre 71 e 80 anos (43,37%).

Entre os participantes, 16 (69,56%) eram brancos; 14 (60,86%) tinham

Tabela 1: Características sociodemográficas dos entrevistados – Brasil - 2014

Variável	Categoria	Número	%
Gênero	Masculino	15	65,22%
	Feminino	8	34,78%
Idade	60 a 70 anos	8	34,78%
	71 a 80 anos	10	43,47%
	81 a 90 anos	3	13,04%
	91 a 100 anos	2	8,69%
Cor	Branco	16	69,56%
	Negro	7	30,43%
Escolaridade	Nenhuma escolaridade	9	39,13%
	1º a 4º série (primário)	14	60,86%
Profissão	Aposentados	21	91,30%
	Trabalham atualmente	2	8,69%
Renda Familiar	1 salário mínimo	11	47,82%
	2 a 3 salários mínimos	10	43,47%
	Acima de 3 salários mínimos	2	8,69%
Patologias de base	HAS	12	52,17%
	Depressão	2	8,69%
	Diabetes	1	4,34%
	Arritmia	1	4,34%
	Osteoporose	1	4,34%
	Enfisema Pulmonar	1	4,34%
	Dislipidemia	1	4,34%
	Nenhuma	5	21,73%
Atividade física	Caminhada	8	34,78%
	Nenhuma	15	65,22%
Social e Lazer	Pescaria	2	8,69%
	Festas	3	13,04%
	Frequentar Igreja	9	39,13%
	Nenhum	9	39,13%

Fonte: Entrevista com os idosos e dados da Ficha A do SIAB.

menos do que cinco anos de escolaridade; 21 (91,30%) eram aposentados; 11 (47,82%) tinham um salário míni-

mo como renda familiar.

As patologias de base apresentadas foram HAS (Hipertensão Arterial

Sistêmica) 12 (52,17%), depressão 02 (8,69%), diabetes 01 (4,34%), arritmia 01 (4,34%), osteoporose 01 (4,34%), enfisema pulmonar 01 (4,34%), dislipidemia 01 (4,34%).

No âmbito social e lazer, pode-se observar o predomínio de “frequentar igreja” 09 (39,13%), enquanto a maioria dos entrevistados não participa de nenhuma atividade, o que pode refletir de forma negativa no bem-estar e na qualidade de vida.

A pergunta que permeou o estudo foi “O que é ser idoso para o (a) senhor (a)?” As respostas envolvendo a subjetividade dos entrevistados foram as peças que compuseram a formação dos núcleos de sentido, relacionados ao tema: “O envelhecimento na visão dos idosos de unidade de Estratégia Saúde da Família pertencente a um município do interior do estado de São Paulo”. Os núcleos levantados envolveram o envelhecimento relacionado ao aspecto biológico, social, aquisição de experiência, realizações pessoais, tristeza e dependência.

Envelhecimento relacionado ao aspecto biológico

O envelhecimento relacionado ao aspecto biológico envolveu o surgimento de discursos que relatam cansaço com as questões do próprio envelhecimento e tempo cronológico: “*Ser Idoso é alcançar idade, [...] não pode ser contrário, é plano de Deus, [...] damos graças a Deus alcançar a idade que alcancei, [...] fugindo a disposição por causa da idade, [...] problema de coluna, [...] há 10 anos eu era outro, graças a Deus sou feliz e contente, mesmo lutando com a disposição não igual [...]*” (P 12);

Ainda no tocante do aspecto biológico, também surgiram discursos relacionando o envelhecimento com a ausência de doenças: “*Pra mim não significa nada, tendo saúde, pra mim é normal, única coisa, [...] tenho saúde, não tenho doença nenhuma*” (P 02);

“É uma benção. Até agora, com 60 anos não tenho doença, graças a Deus, tirando problema do calor. Tenho netos maravilhosos, tudo na minha vida. Pela minha idade, não tenho o que dizer”. (P 23).

Envolvendo o aspecto biológico, alguns discursos conceberam o envelhecimento como limitação física: “*Me sinto bem, fico sentado, mas tenho von-*

“No âmbito social e lazer, pode-se observar o predomínio de “frequentar igreja” 09 (39,13%), enquanto a maioria dos entrevistados não participa de nenhuma atividade, o que pode refletir de forma negativa no bem-estar e na qualidade de vida.”

tade de sair andando. Quando eu andava era melhor”. (P 20); “*Pessoa idosa já está cansada, o cérebro fraco, fiquei ruim das pernas, da próstata, operei, agora to bom, fiquei ruim da vista, operei, agora to enxergando”.* (P 13)

Envelhecimento relacionado ao aspecto social

Alguns dos entrevistados relacionaram o envelhecimento com interação social. Há discursos que mostram que os idosos se socializam “*Ser feliz, alegre, ser sorridente, fazer uma pessoa sorrir, [...]. “[...] moro sozinho, não pode ficar parado senão pega aquela depressão, vou lá, converso com amigos [...]*” (P 21).

Já nesta fala observa-se que interação social está prejudicada “*Ah é solidão, viver sozinha, que os filhos trabalham, os outros trabalham e não vem visitar, não posso fazer compras, passo precisando das coisas em casa, falta de companhia de vizinho, porque eu não tenho”.* (P 07)

Envelhecimento relacionado a aquisição de experiência

A aquisição de experiência de vida foi uma ideia que surgiu no discurso de quatro participantes, sendo também considerada uma das melhores fases da vida: “*Ser idoso [...] além de ser uma das melhores fases da vida, adquire muita experiência, digamos que perde um pouco a vitalidade, saúde, mas recupera em experiência, compreensão [...]*”. (P 11); “*Ser idoso é muito bom, é ter mais experiência de vida. Me sinto bem”.* (P 16);

Envelhecimento relacionado a realizações pessoais

O envelhecimento relacionado a realizações pessoais também emergiu nos discursos dos idosos: “*Pra mim é muito feliz porque eu consegui chegar nessa idade, não é todo mundo que chega, não tenho muita saúde não, mas eu me cuido muito, viajo, faço tudo que eu gosto [...]*”. (P 08); “*Felicidade, já vivi um pouco, estou bem contente. Sinto bem realizada, tenho filhos, netos, bisneto [...]*”. (P 19); “*Eu acho falta do trabalho, aposenta, acabou, fico parado, a gente enjoa de ficar parado, não dá, eu gosto de traba-*

lhar, eu trabalhava muito". (P 03)

Envelhecimento relacionado com tristeza e dependência

O envelhecimento relacionado com tristeza e dependência: *"Acho que idoso eu não sou, considero que sou feliz. To vivo e não considero ser idoso. A coisa mais triste é estar deitado em uma cama, com comida na boca, aí é tristeza, mas o resto não. Graças a Deus eu sou jovem [...]". (P 22); "[...] Um pouco porque a gente é velho, fica meio triste, aborrecido, porque é velho". (P 13)*

Discussão

Observa-se É possível perceber que grande parte dos idosos possui baixa renda, enquanto esse fator é importante para a manutenção da saúde e a preservação da independência, visto que a renda pode ampliar possibilidades para qualidade de vida. Fatores como: baixa escolaridade e menor renda são tendências observadas nas características sociodemográficas da população idosa do Brasil.¹⁰

A maioria dos idosos apresenta alguma doença crônica, assim, é relevante salientar a importância da prevenção de sequelas e complicações decorrentes de doenças como HAS e depressão, quais tiveram grande prevalência entre os entrevistados, fato que pode influenciar na autonomia e independência.

Muitos idosos entrevistados não têm hábito de praticar atividade física 15 (65,22%), fator preocupante, pois o sedentarismo pode ocasionar diversos prejuízos à saúde, além disso, é fator de risco para patologias crônicas, como HAS e diabetes, que podem favorecer o desenvolvimento de um envelhecimento por senilidade, capaz de afetar a qualidade de vida, independência, autonomia, questões emocionais e psíquicas.

A literatura corrobora, ao referir que, idosos que apresentam estilo de vida menos ativo e participação social re-

duzida pode ter declínio cognitivo no seu envelhecimento por senescência.¹¹

A velhice possui múltiplas dimensões, havendo o processo biológico, social e cultural, enquanto ocorrem alterações biopsicossociais que podem afetar na interação do indivíduo com o meio social. Também relatam que não existe uma

"Muitos idosos entrevistados não têm hábito de praticar atividade física 15 (65,22%), fator preocupante, pois o sedentarismo pode ocasionar diversos prejuízos à saúde, além disso, é fator de risco para patologias crônicas, como HAS e diabetes, que podem favorecer o desenvolvimento de um envelhecimento por senilidade [...]"

idade específica que determina velhice, pois as opiniões sobre velhice variam de acordo com a classe econômica e aspecto cultural, sendo que o meio rural é considerado onde mais prevalecem mitos e preconceitos a respeito do envelhecimento.⁵

É comum encontrar a percepção do envelhecimento relacionado com a saúde, doença ou bem-estar, pois tais condições são determinantes para participação das atividades cotidianas. Dessa forma, é possível perceber que quando há doença, muitas vezes existe representação de velhice relacionado a limitações.

No imaginário social, envelhecer se desenvolve com desgaste, aumento de limitações, dificuldades físicas e perda de papéis sociais, e por fim, a morte.¹²

A manutenção da interação do idoso em seu meio social é importante, visto que um dos grandes problemas enfrentados por idosos é a solidão, decorrente da viuvez, aposentadoria e perda de amigos. Assim, para minimizar a solidão é importante a busca do contato social e realizar o desenvolvimento de novas capacidades e realizações pessoais.¹³

Durante a velhice ocorre diminuição da adaptação social, causada pela aposentadoria e perda do poder aquisitivo, assim como advém isolamento social, perda de familiares e amigos.¹⁴

Os idosos geralmente demonstram angústias e comprometimentos emocionais através de queixas corporais, o que os leva muitas vezes aos serviços públicos de saúde, local onde busca atenção. Assim, o envelhecimento bem-sucedido depende dos recursos utilizados para enfrentar as dificuldades, história de vida e a maneira como cada indivíduo entende o processo de envelhecimento e a velhice.¹³

A cultura é um fator que influencia no estilo e qualidade de vida, por isso, é importante para a compreensão do processo de envelhecimento. A saúde percebida baseia-se na avaliação a respeito de sua própria qualidade de vida e muitas vezes ocorrem o relato de doenças, uso de medicações, desconfortos, alterações cognitivas, considerando que existem variações de percepções do estado de saúde, mesmo entre pessoas da mesma idade. Por

isso, o envelhecimento é considerado consequência do estilo de vida, junto de determinada concepção.¹⁵

Conclusão

A partir do objetivo desta pesquisa que foi “identificar e analisar a concepção dos idosos acerca do envelhecimento de determinada Unidade da estratégia saúde da Família do município de Assis-SP, a fim de subsidiar as práticas profissionais de acordo com a clínica ampliada, assim como favorecer o enfrentamento e adaptações do idoso diante das alterações do processo de envelhecer” foi possível identificar que os idosos participantes do estudo demonstraram a existência de concepções diversificadas a respeito do envelhecimento, relacionando-o ao aspecto biológico, social, aquisição de experiência, realizações pessoais, tristeza e dependência.

Essas concepções podem interferir na maneira de enfrentamento e adaptação nesta fase da vida, variam

e dependem de muitos fatores, como cultura, estado de saúde, escolaridade, socioeconômico, entre outros. Assim,

“Os idosos geralmente demonstram angústias e comprometimentos emocionais através de queixas corporais, o que os leva muitas vezes aos serviços públicos de saúde, local onde busca atenção.”

o bem-estar durante a velhice torna-se resultado do equilíbrio entre diversos aspectos ao longo da vida.

Consideramos relevante que a sociedade, em especial os profissionais da saúde, compreendam o idoso em sua integralidade, individualidade e singularidade. Para isso, é importante conhecer as concepções dos idosos a respeito do envelhecimento, uma vez que podem influenciar no processo de cuidar e favorecer práticas pautadas na clínica ampliada.

Esta pesquisa buscou provocar reflexões nos profissionais da saúde envolvidos com o cuidado do idoso, não somente os comprometidos no serviço de saúde a qual foi realizado o estudo, mas que possa contribuir no fortalecimento da Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa no que tange a princípios relacionados à promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa. 🐦

Referências

1. Vieira CPB. Prática educativa para autonomia do cuidador informal de idosos. REME - Rev Min Enferm. 2011;15(1):135-40.
2. IBGE. - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
3. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem geronto geriátrica. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2010 [citado 20 jun 2013];63(6):[cerca de 4 p.].
4. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com os idosos com o passar dos anos. Rev. Inter Science Place [Internet]. 2012 [citado 20 jun 2013];7(1):[cerca de 27p.]. Disponível em: <http://ftp.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>
5. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citado 13 Jul 2013];44(2):407-12.
6. Minayo, MCS. Parte V: Fase de Análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.; 2010. p. 299-303
7. Fontanella BJ B, Ricas J, Turato E R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 25 de julh 2016]; 24(1):17-27.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.
10. Costa MFFL, Guerra HL, Firmo JOA, Uchôa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. Inf. Epidemiol. Sus [Internet]. 2002 June [citado 09 setemb 2013];11(2):91-105.
11. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz: rev. educ. fis. [Internet]. 2010 [citado 06 jun 2015]; 16(4):1024-32.
12. Minayo MCS, Coimbra Jr CE. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
13. Queiroz ZPV, Papaléo NM. Envelhecimento bem-sucedido: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Importância da sociabilidade e da educação. In M. P. Papaléo Netto (Ed.), Tratado de Gerontologia (pp. 807- 816). São Paulo, SP: Atheneu; 2007.
14. Alvarenga LN, Kiyam L, Bitencourt B, Wanderley KS. The impact of retirement on the quality of life of the elderly. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [citado 06 ago 2015];43(4):796-802.
15. Dias JA, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Souza LC Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011 [citado 25 jul 2015];15(2):372-79.

Análise bibliométrica das produções científicas sobre o enfrentamento do HIV

RESUMO | Objetivo: Identificar e analisar as tendências científicas apontadas pelas publicações nacionais e internacionais, no campo da saúde, sobre o tema enfrentamento e HIV. Método: Trata-se de um estudo bibliométrico, descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados na PubMed, a partir dos metadados "Adaptation, Psychological" e "HIV". Foram selecionados 163 artigos sobre a temática sugerida. Resultado: 97,6% dos artigos correspondiam ao idioma inglês, com destaque para o ano de 2012 (27,6%). A revista médica AIDS and Behavior publicou o maior número artigos (28). O método mais utilizado foi o quantitativo (94). Conclusão: A representatividade da temática no contexto internacional é significativa e contribui para o avanço do conhecimento no âmbito da saúde, entretanto, a nível nacional apresentou-se escasso fazendo-se necessário incentivar a produção científica brasileira acerca desse tema.

Descritores: Adaptação Psicológica; HIV; Bibliometria.

ABSTRACT | Objective: To identify and analyze the scientific trends pointed out by national and international publications in the field of health, on the topic of HIV and coping. Method: This is a bibliometric, descriptive, quantitative approach. The data were collected in PubMed, from the metadata "Adaptation, Psychological" and "HIV". We selected 163 articles on the suggested topic. Result: 97.6% of the articles corresponded to the English language, highlighting the year 2012 (27.6%). The medical journal AIDS and Behavior has published the largest number of articles (28). The most used method was quantitative (94). Conclusion: The representativeness of the theme in the international context is significant and contributes to the advancement of knowledge in the field of health; however, at the national level, it has been scarce, making it necessary to encourage Brazilian scientific production on this theme.

Descriptors: Adaptation, Psychological; HIV; Bibliometrics.

RESUMEN | Objetivo: Identificar y analizar las tendencias científicas identificadas por publicaciones nacionales e internacionales en el ámbito de la salud, sobre el tema de afrontamiento y el VIH. Método: Se realizó un estudio bibliométrico, enfoque descriptivo y cuantitativo. Los datos fueron recogidos en PubMed, a partir de los metadatos "Adaptación Psicológica" y "VIH". Se seleccionaron 163 artículos sobre el tema sugerido. Resultados: el 97,6% de los artículos corresponden al idioma Inglés, en especial para el año 2012 (27,6%). La revista médica SIDA y Comportamiento publican la mayoría de los artículos (28). El método más común fue cuantitativo (94). Conclusión: La cuestión de la representación en el contexto internacional es importante y contribuye al avance del conocimiento en la salud, sin embargo, el nivel nacional presenta una escasa por lo que es necesario fomentar la producción científica nacional sobre este tema.

Descriptores: Adaptación Psicológica; VIH; Bibliometría.

Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba

Daniela de Aquino Freire

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba.

Fátima Maria da Silva Abrão

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade de Pernambuco.

Isabella Karolyne Oliveira Ferreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

Jaizyara Mary Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

Rebeca Coelho de Moura Angelim

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba.

Recebido em: 30/11/2016

Aprovado em: 03/03/2017

Introdução

Durante as últimas três décadas, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente causal da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tem afetado milhões de pessoas em inúmeras partes do mundo. Atualmente, cerca de 35 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus e 19 milhões ainda não sabem de sua condição¹. No Brasil, nos últimos dez anos foram notificados 136.945 novos casos de HIV positivos, evidenciando a grande proporção desta epidemia². A falta de conhecimento em torno da epidemia do HIV fez com que a sociedade criasse um estereótipo em volta desse assunto, dificultando o

convívio com a infecção.³

O diagnóstico da infecção pelo HIV é um momento de transformação e mudanças na vida das pessoas, afeta diretamente o bem-estar do indivíduo e a sua relação perante a vida em sociedade, influenciando fortemente em seu comportamento, por se tratar de uma doença ainda sem cura.⁴ Apesar dos investimentos em ações educativas, este assunto ainda é envolvido de preconceito e discriminação.³

Quando uma pessoa passa por algum momento difícil, pode começar a desenvolver formas de enfrentamento. O enfrentamento caracteriza-se como algum esforço intelectual e/ou comportamental que está em constante mudança e consiste em minimizar, tolerar, aceitar, tentar controlar, tentar mudar determinada necessidade interna e/ou externa específica que o organismo avalia como sobrecarga ou que excedam a capacidade da pessoa.⁵ No caso das pessoas vivendo com HIV, o momento difícil que ocasiona esta sobrecarga é a própria infecção.

Cada pessoa se apropria do enfrentamento da doença de forma particular. Isso varia de acordo com suas condições de vida e percepções do próprio adoecimento. Este processo leva em consideração as experiências pregressas da pessoa, os conhecimentos que possui acerca da patologia e os estigmas a ela associados, a partir dos quais vão construir a realidade do que é conviver com HIV. No momento da descoberta do diagnóstico de HIV são gerados medos e incertezas em relação ao futuro, que depois podem ser superados.⁶

Sendo assim, esta pesquisa se justifica pela importância de desenvolver formas de enfrentamento frente à sorologia ao HIV no cenário da saúde, particularmente por se tratar de uma doença sem cura e permeada por preconceito e discriminação. Além disso, é importante difundir mais estudos sobre a produção científica deste tema na literatura internacional.

Diante do exposto, o presente estudo se deu por meio da seguinte questão

de partida: Quais as principais características da produção científica, no âmbito nacional e internacional, sobre o enfrentamento do HIV? A partir deste questionamento objetivou-se identificar e analisar as tendências científicas apontadas pelas publicações nacionais e internacionais, no campo da saúde, sobre o tema enfrentamento e HIV, no período de 2011 a 2015.

Método

Trata-se de um estudo Bibliométrico, método capaz de analisar produções científicas de uma determinada área do conhecimento, a partir de um processo quantitativo - descritivo que verifica a preponderância de temas e autores, que resulta em uma apresentação desses pesquisadores e suas vertentes, permitindo mensurar o desenvolvimento de determinado campo do conhecimento^{7,8}.

Utilizando estudos estatísticos aplicados a registros bibliográficos e informacionais, pode-se representar o perfil da produção científica de uma área. As técnicas utilizadas neste estudo foram orientadas pelos fundamentos das Leis de Bradford, Zipf e Lotka, sendo estas as mais conhecidas e sobrepostas no conceito da Bibliometria.

Desse modo, a análise realizada foi composta por artigos publicados na área da saúde que tivessem como tema o enfrentamento diante da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O período de coleta foi de Maio a Junho de 2016. Esta coleta foi realizada *online* no banco de dados de livre acesso PubMed, a partir dos metadados: "Adaptation, Psychological" e "HIV", selecionados através do Medical Subject Headings (MeSH), associando o operador booleano "AND", também conhecido de operador de aproximação.

A fim de refinar o estudo foram considerados os critérios de inclusão: artigos completos disponíveis na íntegra, nos últimos 5 anos (2011-2015), na modalidade de artigo original, nos idiomas

português, inglês e espanhol, permanecendo um total de 163 artigos. Foram excluídos os artigos que mesmo enquadrados nos descritores não atendiam os critérios de inclusão, os que não estavam disponíveis e/ou que não correspondiam ao tema proposto.

A análise dos artigos foi realizada através dos dados bibliométricos como: ano de publicação, idioma, autores, instituição, periódicos, modalidade do artigo, tipo de estudo, técnica de análise de dados, população/sujeito e descritores/palavras-chave. Os dados foram organizados em uma planilha do software Excel que continha um roteiro para melhor análise elaborado pelos próprios autores.

A partir da organização desses dados houve uma seleção das informações que seriam utilizadas, sendo estas separadas e organizadas em tabelas e gráficos para melhor quantificação e análise. Entretanto, para a elaboração de algumas tabelas foi necessário realizar pesquisas subsequentes como na base de dados Scopus para a identificação dos perfis dos autores que mais publicaram sobre o tema. Além disso, houve pesquisa do Qualis dos periódicos que mais publicaram sobre o tema na Plataforma Sucupira, que é uma base de dados de referência do Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG)⁹.

Resultado

A partir dos critérios de inclusão e descritores pré-definidos, foram encontrados 171 artigos, no entanto, após análise dessas publicações e aplicação dos critérios de exclusão foram descartados 8 artigos. Portanto, a amostra final foi constituída por 163 artigos.

Analisando o número de publicações no período de 2011 a 2015, houve publicações em todos os anos. Verificou-se que o ano de 2012 (24,5%) foi o ano com maior número de publicações, havendo um decréscimo a partir de 2013 (24,0%), chegando em 2015 (14,1%) com um quantitativo igual ao ano de 2011 (14,1%), conforme apre-

sentado na Tabela 1.

Quanto aos idiomas dos 163 artigos, houve publicações em inglês, português e espanhol, com predominância do inglês, com 159 produções (97,6%), o português com 3 artigos (1,8%) e o espanhol com apenas 1 (0,6%).

Em relação à autoria das publicações, foram identificados 725 autores distribuídos nos 163 artigos selecionados. A Tabela 2 expressa o número de autores em cada artigo. Percebe-se a preponderância de artigos com 7 autores ou mais, representando 30,67%.

Dentre os 725 autores identificados, 14 desses tinham 4 ou mais publicações dentre os 163 artigos. Entre esses 14 autores, 8 são provenientes dos Estados Unidos da América, 2 da África do Sul, 2 da China e os outros 2 da Índia e Holanda. Para tanto, segue no quadro 1 os autores que se destacaram com pelo menos 5 artigos publicados em relação ao tema de investigação. Entre esses autores existe uma diferença notória no índice H: o maior é de 39 (2 autores) e o menor é igual a 11 (1 autor). Também apresentam uma diferença relevante entre o número de artigos sobre o tema, publicações e citações, conforme o Quadro 1.

O total de artigos publicados foi dividido em 70 periódicos. Desse total, 42 periódicos apresentaram apenas 1 publicação acerca do tema, 16 tiveram 2 publicações cada e 8 se destacaram com 3 ou mais publicações. Houve relevância da revista médica *AIDS and Behavior* por ter sido a que mais publicou artigos sobre a temática, seguida das revistas *AIDS Care* e *AIDS Patient Care and STDs*, que possuem o mesmo número de publicações sobre o assunto. Esses periódicos apresentam *Qualis A2*, conforme a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como mostra a Tabela 3.

No que se refere a modalidade dos 163 artigos, 94,5% correspondem a pesquisas, 3,7% revisões de literatura, 0,6% projeto de pesquisa, 0,6% editorial e 0,6% carta ao editor. No que diz respeito

Tabela 1 – Distribuição dos artigos por ano de publicação, no período de 2011 a 2015.

Ano	Frequência	Porcentagem
2011	23	14,1%
2012	40	24,5%
2013	39	24,0%
2014	38	23,3%
2015	23	14,1%
Total	163	100%

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

à metodologia dos 154 artigos oriundos de pesquisa, 54 eram qualitativos, 94 quantitativos e 6 seguiram a abordagem quantitativa e qualitativa. Os instrumentos utilizados variaram entre questionários, escalas, inventários e entrevistas.

Sobre a população de estudo apresentadas nos artigos, evidenciou-se alguns grupos populacionais que foram mais selecionados para pesquisa do que outros, como “Mulheres HIV +” (19,31%), “Indivíduos HIV+” (19,31%), “Adultos HIV+” (10,22%) e “Crianças HIV+” (9,65%).

Dos 163 artigos, 51 não apresentaram palavras-chave, tendo um total de 607 descritores e desses 361 são descritores diferentes. Para tanto, realizou-se uma categorização desses descritores, contabilizando-os de acordo com seu radical, havendo destaque para as seguintes palavras: “HIV” (74), “Coping” (25), “Stigma” (20), “Africa” (17), “Health” (16), “Adherence” (13), “Depression” (13), “Women” (9) e “Resilience” (8).

Discussão

A fim de analisar a produção na área científica sobre o tema enfrentamento em pessoas com HIV, optou-se pela pesquisa bibliométrica, que possui uma técnica de levantamento e processamento de dados dos artigos publicados.⁷

As publicações encontradas sobre o tema enfrentamento de pessoas com HIV começou a declinar em 2013, per-

cebendo-se a importância em incentivar estudos dessa natureza. Esse tema é de grande relevância tendo em vista que as pessoas que lidam com o HIV perpassam por dificuldades que envolvem a culpabilização e o isolamento social, devido ao frágil apoio da sociedade. Também é comum relacionar a dificuldade do enfrentamento com a discriminação e preconceito intrafamiliar, onde os indivíduos com HIV acabam optando por não revelar seu diagnóstico¹⁰.

No que se refere a autoria das publicações, dentre os 725 autores, 8 demonstraram possuir maior afinidade com o tema, visto que já produziram 5 ou mais publicações no período selecionado e sobre esta temática. Constatou-se ainda que 5 autores possuem o índice h maior que 20, revelando ter um grande impacto na sua produtividade científica. É partir das publicações, que os pesquisadores divulgam seu conhecimento para a comunidade científica e, ao apresentar os resultados de seus estudos, incitam novas ideias.

Neste estudo foi possível analisar 163 artigos, que em sua maioria foram publicados em inglês, devido a maior publicação em revistas com idioma em inglês. Entre as revistas que mais publicaram sobre o tema, destacaram-se a revista médica *AIDS and Behavior* com 27 publicações e as revistas *AIDS Care* e *AIDS Patient Care and STDs* com 17 publicações cada uma. Todas possuem

Quadro 1 - Distribuição dos autores segundo número de artigos, índice h, instituição, país de origem, número de publicações e número de citações

Autor	Nº de artigos	Índice H	Nº de publicações	Nº de citações
Li X	7	39	291	6279
Sikkema K	12	39	181	4768
Heckman TG	5	30	73	2497
Forsyth B	5	22	73	1778
Visser M	5	22	49	2200
Hosek S	5	14	40	642
Zhao J	5	11	42	357

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

Tabela 2 - Distribuição do número de autores por artigo, no período de 2011 a 2015

Número de autores	Frequência	Porcentagem
1	1	0,61%
2	14	8,6%
3	24	14,72%
4	22	13,5%
5	26	15,95%
6	26	15,95%
7 ou mais	50	30,67%
Total	163	100%

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

o Qualis A2, que é uma classificação da produção científica dos programas de pós-graduação no que se diz respeito aos artigos publicados em periódicos científicos, realizada pelo sistema Qualis-Periódicos¹¹, Qualis esse considerado alto e indicando que estas revistas possuem artigos de qualidade.

Metodologicamente, evidenciou-se que o método quantitativo foi o mais utilizado nos artigos publicados. Dessa forma, observou-se a preferência por instrumentos de mensuração, como questionários e escalas que possibili-

tam uma coleta de dados sistemática e avaliação quantitativa dos fenômenos, além de possibilitar uma análise simultânea entre suas variáveis através de métodos estatísticos¹².

Quando analisada a população abordada nessas pesquisas, foram identificados alguns grupos populacionais, no entanto dois tinham uma proporção maior, os que eles chamavam de "Mulheres HIV+" (19,31%), "Indivíduos HIV+" (19,31%). Sobre este resultado, merece ressaltar que atualmente a infecção pelo HIV está relacionada aos comportamen-

tos de risco, como, atividade sexual precoce, o não uso ou uso descontinuo de preservativo nas relações e uso compartilhado de perfurocortantes¹³, e não mais grupos de risco, termo este que atualmente não é mais utilizado, considerando-se que existem vulnerabilidades de ordem individual, social e programática e que independente de raça, sexo, idade, opção sexual e condição socioeconômica, todos os indivíduos estão sujeitos à exposição ao HIV.¹⁴

Em se tratando da realização dos estudos com mulheres soropositivas, pode está relacionada ao novo perfil epidemiológico do paciente com HIV que sofreu algumas modificações marcadas por processos de transição como a feminização.

De acordo as palavras-chave/descriptores mais mencionados, foi possível inferir que o enfrentamento do HIV perpassa pelo estigma que envolve a doença, permeada por atitudes de preconceito e discriminação, gerando nos indivíduos soropositivos ao HIV o medo e receio em compartilhar seu diagnóstico até mesmo aos familiares e amigos mais próximos, acarretando muitas vezes em sintomas de depressão.

Vale destacar que é a partir dos descritores que os artigos publicados podem ser encontrados por outros pes-

Tabela 3 - Número de artigos publicados segundo o periódico e o qualis. 2011-2015.

Periódico	Número de Artigos	Qualis
Aids and Behavior	28w	A2
AIDS and care	17	A2
AIDS Patient Care and STDs	17	A2
BMC Public Health	6	A2
Journal of the Association of Nurses in AIDS Care	6	B2
Social Science & Medicine	5	A2
Journal of Health Psychology	3	A2
PLOS ONE	3	A1

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

quisadores em bases de dados bibliográficas, daí a importância de realizar uma seleção de forma adequada.

Conclusão

A produção intelectual sobre o tema enfrentamento e o HIV revelou-se expressiva no cenário internacional e escassa no âmbito nacional, porém a pesquisa se limita a apenas um portal de busca.

Houve uma linearidade nas publicações entre os anos de 2012 e 2014.

A revista AIDS and Behavior se destacou por aparecer em 28 artigos e por se qualificar com estrato A2, o que demonstra a relevância desta temática para a produção acadêmica. Sobre a autoria, houve destaque para 5 autores que possuíam o índice h igual ou maior que 20 e com o maior quantitativo de publicações

e citações. Os descritores mais citados foram, HIV, Enfrentamento, Estigma, África, Saúde, Adesão e Depressão.

Vale ressaltar a importância em realizar estudos sobre o enfrentamento de pessoas que vivem com HIV, tendo em vista a necessidade de buscar estratégias que minimizem o estigma, possibilitando um melhor convívio individual e social com o vírus. 🦋

Referências

1. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Mensagem do secretário-geral para o dia mundial da AIDS. Genebra; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano V – nº 1. Brasília; 2016.
3. Lima FLA, Pichelli AAWs, Silva J. A convivência com HIV/AIDS em mulheres soropositivas. Atas CIAIQ, 2014, 2014;2:388–393.
4. Gonçalves C, Weber B, Roso AR. Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS : um estudo com mulheres. Mudanças, 2013;21(2):1–11.
5. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. J. Pers. Soc. Psychol., 1985;48(1):150-170.
6. Machado CYSB. Sentidos atribuídos por adultos com HIV/AIDS à doença e ao cuidado que recebem de familiares. 2014. 203 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.
7. Araújo RF, Alvarenga L. A bibliometria na pesquisa científica da pós-graduação brasileira de 1987 a 2007. EEnc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., 2011;16(31):51-70.
8. Oliveira SCM, Barbosa ES, Rezende ICC, Silva RPA, Albuquerque LS. Bibliometria em artigos de contabilidade aplicada ao setor público. In: Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC. 2013.
9. Brasil. Ministério da Educação. Plataforma Sucupira. 2014. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/plataforma-sucupira>. [Acesso em: 11 set. 2016].
10. Carvalho FT, Moraes NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cad. Saúde Pública, 2007;23(9):2023-2033.
11. Brasil. Ministério da Educação. Classificação da produção intelectual: Qualis-Periódicos. 2016. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>. [Acesso em: 02 out. 2016].
12. Feitosa MC, Soares LS, Beleza CMF, Silva GRF, Leite IRL. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. Sanare (Sobral, Online), 2015;13(2).
13. Araújo TMED, Monteiro CFDS, Mesquita GV, Alves ELM, Carvalho KMD, Monteiro RM. Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. Rev enferm UERJ, 2012;20(2):242-247.
14. Bandeira AG. O envelhecimento e a prevenção do HIV/AIDS: um desafio para os profissionais de saúde. Ciênc Saúde (Porto Alegre), 2014;7(3):115.

Política nacional de humanização: Percepção dos profissionais frente ao atendimento Ambulatorial Prisional

RESUMO | Objetivo Analisar a percepção dos profissionais de equipe multiprofissional, de um ambulatório prisional de Belo Horizonte, em relação à aplicabilidade da premissas da “Política Nacional de Humanização”. Método Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada respondida por cinco sujeitos que compõem a equipe multiprofissional, cujos depoimentos foram analisados pela análise temática de conteúdo. Resultados: Dos depoimentos emergiram quatro categorias: compreensão da Política Nacional; Aplicabilidade da Política; Entraves no atendimento ambulatorial e o Conhecimento como instrumento para melhoria do atendimento. Conclusão: Independente do espaço onde se presta o cuidado, o atendimento deve ser humanizado, deve ser gerido pela Política Nacional de Humanização e a capacitação profissional é uma ferramenta indispensável para maior qualidade ao cuidado.

Descritores: Humanização; Cuidado; Presídio;

ABSTRACT | Objective to analyze the perception of multiprofessional team from a prison clinic in Belo Horizonte regarding the applicability of the premises of the National Humanization Policy. Method This is a qualitative study, using a semi-structured interview, answered by five subjects that make up the multiprofessional team, whose testimonies were analyzed by the thematic content analysis. Results: Four categories emerged from the testimonies: understanding the National Policy; Policy Applicability; Obstacles in outpatient care and Knowledge as a tool to improve care. Conclusion: Regardless of the space where care is provided, care must be humanized, managed by the National Humanization Policy, and professional training is an indispensable tool for higher quality care.

Descriptors: Humanization; Care; Prison;

RESUMEN | Objetivo Analizar la percepción del equipo multidisciplinario de profesionales, em una clínica de una prisión, en Belo Horizonte, en cuanto a la aplicabilidad de la “Política Nacional de Humanización”. Método Se trata de un estudio cualitativo mediante entrevista semiestruturada respondida por cinco sujetos que forman el equipo multidisciplinario, cuyos testimonios fueron analizados por análisis de contenido temático. Resultados: A partir de los testimonios surgieron cuatro categorías: la comprensión de la política nacional; Aplicabilidad de las políticas; Barreras en la atención ambulatoria y el conocimiento como una Herramienta para mejorar el servicio. Conclusión: Con independencia del lugar donde se proporciona el cuidado, la atención debe ser humanizada, y ser desarrollada siguiendo los principios de la Política Nacional de Humanización y para tal, la formación profesional es una herramienta indispensable para una atención de mayor calidad.

Descriptor: humanización; cuidado; Cárcel;

Áurea Regina Guimarães Thomazi

Graduação em Ciências Sociais UFMG/ Brasil. Mestrado e Doutorado em Ciências da Educação Paris V. Sorbonne - França

Karine Ferreira Souza

Enfermeira e Professora Universitária

Janaína Soares Tizzoni

Graduada em enfermagem, especialista em urgência e emergência, mestre em gestão social, educação e desenvolvimento local, doutoranda em saúde pública.

Matilde Meire Miranda Cadete

Enfermeira, Doutora em Enfermagem

Recebido em: 25/11/2016

Aprovado em: 07/03/2017

Introdução

Os problemas sociais e políticos encontrados no Estado brasileiro, em vias gerais, não são muito diferentes do quadro mundial. Diante de dimensões geográficas continentais, em decorrência da preocupação com as questões internacionais que incidem na economia e desenvolvimento do País, e outras inúmeras demandas, fica mais evidente um comportamento de indiferença com relação aos problemas do cidadão, em especial àquele excluído da sociedade, como o encarcerado.¹

Em função de ser um segmento um tanto esquecido pelo Estado e, por conseguinte, pela sociedade civil, as prisões

demandariam mais pesquisas para a partir das mesmas, estabelecermos parâmetros mais viáveis e com um grau de resolutividade para os problemas nelas encontrados.

O cenário prisional hoje, de acordo com o consolidado de 2014 do DEPEN (Departamento Penitenciário nacional), que apresenta dados coletados no ano de 2013, disponibilizando um apanhado nacional, a população prisional total é de 607.731 pessoas de ambos os sexos, estando 579.423 pessoas cumprindo pena no sistema penitenciário, 27.950 nas secretarias de segurança ou delegacias, aguardando julgamento, e 358 no sistema penitenciário federal. No estado de Minas Gerais estão 61.286 presos distribuídos em 98 instituições prisionais.²

Sendo assim, com população prisional crescente, chegando em 2008 a 237,97 presos para cada 100.000 habitantes, também explicitados no consolidado 2014 do DEPEN, chegando a 300 presos para cada 100 habitantes, faz-se necessário estabelecer políticas mais abrangentes para lidar com as demandas surgidas no sistema penitenciário.²

No âmbito da saúde pública é possível registrar avanços advindos da implantação e estruturação do SUS, como na descentralização dos atendimentos, na regionalização da atenção e gestão dos serviços. Registra-se também proposta de atendimento que acate os princípios da universalidade, equidade, integralidade, entre outros, e que tem como finalidade principal a melhoria da atenção ao usuário do serviço, assim como a valorização do profissional que presta tal serviço de forma consciente e comprometida.⁴

Para o fortalecimento e legitimação do SUS, que desde sua implantação objetivou a atenção integral, a participação comunitária na gestão e no controle social, em 2000, na XI Conferência Nacional de Saúde, um tema começou a ser discutido: a humanização. O assunto culminou em 2003 com a criação de uma política pública denominada Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, Humaniza SUS.

A Política Nacional de Humanização (PNH) se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e seus dispositivos. Os quatro princípios mais importantes da PNH em relação aos processos de formação⁵, - começam pela aposta de que a formação é uma intervenção na realidade, que se efetiva nas trocas e nas relações do cotidiano. Depois, a inseparabilidade entre gestão e atenção, pois a qualidade do atendimento

“[...] dentro do consultório, paciente é paciente independente de onde ele esteja. Igual... ela tá aqui, ela cometeu um delito, independente, quem julga é o juiz, Deus, eu não! Eu sou uma profissional da área de saúde que tô lá pra resolver o problema dela. Aquele problema ou o que for possível fazer naquele momento”

está vinculada a questões definidas pela organização do processo de trabalho. Também se considera o trabalho em equipe, que possibilita a articulação entre saberes e proporciona alto grau de resolutividade de problemas. E, por fim, a necessidade de

os processos de formação não serem fragmentados e serem contínuos.

Para o estudo, elegeu-se um ambulatório prisional feminino da Penitenciária Industrial Estevão Pinto, cuja estrutura física é adequada e o atendimento é aparentemente estruturado, mantendo um quadro fixo de funcionários que atendam ao número de detentas da instituição.

Ao se observar o cotidiano do ambulatório do presídio escolhido para a referida pesquisa, percebe-se algumas limitações para se implementar as premissas da PNH. Inicialmente, por apresentar equipe multiprofissional cujos profissionais, em sua maioria, disponibilizam carga horária muitas vezes inferior à sua demanda de atividades. Isso tende a acarretar atendimento mais objetivo e sucinto, não propiciando condições adequadas para o desenvolvimento de uma rotina que estabeleça atenção humanizada e acolhedora, o que são condições básicas para o atendimento de qualidade.⁵

Assim, o presente trabalho é gerado a partir do questionamento: qual a percepção que os profissionais do ambulatório de saúde têm em relação à aplicabilidade das premissas da PNH, voltadas para o atendimento ambulatorial de detentas em um presídio feminino de Belo Horizonte?

Método

Este estudo foi desenvolvido no ambulatório prisional feminino que se encontra inserido na Penitenciária Industrial Estevão Pinto (PIEP), construída em 1948 e inaugurada em 1955, na cidade de Belo Horizonte MG, com a finalidade de receber detentas de todo o estado de Minas Gerais. Hoje faz parte do sistema prisional estadual, administrado pela Secretaria de Estado de Defesa Social do Estado de Minas Gerais (SEDS).

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de nível superior, integrantes de uma equipe composta por um enfermeiro, um assistente social, um cirurgião-dentista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional. Cada categoria profissional é atuante no ambulatório, todos os dias da sema-

na, de segunda à sexta-feira, visto que a ideia era conhecer a forma como cada um deles percebe e aplica a PNH no seu cotidiano de trabalho, já que o eixo dessa política está no trabalho multi e interdisciplinar. Apesar de apenas cinco sujeitos, houve saturação dos dados. Não houve critérios de exclusão, tendo em vista que a amostra contemplou todos os profissionais de nível superior que trabalhavam no ambulatório e que compunham a comissão técnica de avaliação, desenvolvendo assim um trabalho interdisciplinar.

As entrevistas ocorreram no mês de julho de acordo com a disponibilidade de cada sujeito. Todos assinaram o termo de consentimento conforme determinação da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Teve ciência e autorização para a coleta de dados da Diretoria da Penitenciária Industrial Estêvão Pinto e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte, CAAE 0019.0.391.000-11.

Para manutenção do sigilo de cada sujeito as entrevistas foram identificadas pela letra E e receberam um número correspondente à ordem de sua realização sendo assim codificadas: E1, E2, E3, E4 e E5. O tratamento analítico dos depoimentos se fundamentou na análise temática de conteúdo de Bardin⁶ com o propósito de compreender e estabelecer correlações entre o problema estudado e as hipóteses iniciais da pesquisa.

Resultados

Após leitura exaustiva, sistemática e criteriosa de cada entrevista, foram extraídas as unidades de registro que, por similaridade, originaram quatro categorias empíricas: Compreensão da PNH; Aplicabilidade da PNH no cotidiano do trabalho; Entraves no atendimento ambulatorial prisional; O conhecimento como instrumento para melhoria do atendimento.

Compreensão da PNH

Percebeu-se, nos sujeitos certa dificuldade para responder, um silêncio prolongado, uma pausa, em alguns casos, uma

espécie de gagueira nervosa demonstrando possível insegurança e/ou dificuldade quanto ao tema ou quanto à situação de ser inquirido conforme evidenciado nas unidades de registro das entrevistas:

“[...] Sou humana e me pego imbuída nos preconceitos, próprio da sociedade que faço parte... Ofereço respeito e recebo respeito... Em algumas situações sinto repúdio e depois me transporto para aquela pessoa e situação, penso no que pode ter ocasionado aquela atitude, qual a história de vida dela... Utilizo a escuta para ajudar e faço isso bem, sei ouvir e quando elas saem da minha sala dizem que estão mais leves...”

[...] Política Nacional de Humanização é uma política que poderia humanizar o sistema dando pra esse usuário, né, independente da condição dele de livre ou privado de liberdade, o direito de todos os

atendimentos que lhe é cabível enquanto ser humano (E.1).

Eu acho que principalmente em um presídio onde existe um “préconceito” e um estigma, vc deixa de ver esse sujeito como um indivíduo que tem sentimentos e desejos próprios dele, mesmo respondendo pelos seus delitos, tratando esse sujeito como ser humano... Conscientizar as pessoas que só através da humanização e de um tratamento digno podemos suscitar nelas um desejo de mudança... (E.5).

Aplicabilidade da PNH no cotidiano de trabalho

As falas dos sujeitos, nesta categoria, demonstraram que, de maneira geral, há o reconhecimento da importância do trabalho humano, multidisciplinar e da transversalidade como ferramentas para humanização do atendimento, assim expresso

[...] dentro do consultório, paciente é paciente independente de onde ele esteja. Igual... ela tá aqui, ela cometeu um delito, independente, quem julga é o juiz, Deus, eu não! Eu sou uma profissional da área de saúde que tô lá pra resolver o problema dela. Aquele problema ou o que for possível fazer naquele momento (E.2).

[...] Sou humana e me pego imbuída nos preconceitos, próprio da sociedade que faço parte... Ofereço respeito e recebo respeito... Em algumas situações sinto repúdio e depois me transporto para aquela pessoa e situação, penso no que pode ter ocasionado aquela atitude, qual a história de vida dela... Utilizo a escuta para ajudar e faço isso bem, sei ouvir e quando elas saem da minha sala dizem que estão mais leves... (E.5).

[...] A vivência clínica te passa um conhecimento que às vezes você não tem, então você cresce muito também é... com o seu trabalho do dia-a-dia, com a interação com as pessoas que trabalham com você. A experiência de um é muito enriquecedor no aprendizado do outro. Acho que essa troca, e sempre fazendo cursos, sempre atualizando, independente de ser na área de humanização... tá sempre buscando esse crescimento profissional (E.4).

Entraves do ambiente ambulatorial prisional

Nesta categoria evidenciam-se questões de cunho institucional e intersetorial, mas em momento algum se referem às limitações em relação à questão de atenderem a presidiárias, pessoas que, de alguma forma, teoricamente, possam inspirar medo ou repúdio pelos delitos cometidos: Vejamos:

[...] a gente é equipe de saúde, né, em todo setor eu acredito piamente que existem os entraves, as dificuldades para a gente fazer valer essa Política Nacional de Humanização, né. É... a questão de vagas, escoltas, é... e outras dificuldades, né. A questão (do) da própria medicação, a questão do que você indica é... (E.1).

[...] a gente não tem todos os serviços aqui... né... a gente é uma unidade básica, e a gente sabe das limitações de uma unidade básica, tem muita coisa que cê precisa encaminhar, e na hora que cê vai encaminhar, você não depende só do posto de saúde, não é só agendar no posto de saúde, a gente tem que ver se tem a escolta pra levar aquele paciente naquela hora e quando é naquela hora geralmente não tem.... (E-4).

O conhecimento como instrumento de melhoria do atendimento

No eixo da educação permanente em saúde recomenda-se que a PNH seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação. Tal assertiva se desvela nos depoimentos dos sujeitos:

Acredito que sim, seria importante aprendermos mais [...] a nossa unidade prisional a gente tem um ponto positivo que... que é a questão da humanização, o pessoal da direção dá muito embasamento nisso em questão de humanização... Essas coisas, mas eu acho que é muito focado só nessa unidade [...] (E.3).

[...] Eu acho que todos nós precisamos reciclar, de estarmos reciclando conhecimento, ver coisas novas, ter uma outra

visão, eu, por exemplo, eu tenho uma visão, não vou falar grande, um pouco mais ampla por conta de eu ter tido essa experiência na área de saúde, eu participei de reuniões na Secretaria de Saúde, mundo global, fiz várias viagens, congressos, é... muitos voltados pra mulheres, né... hoje tem um foco muito grande na mulher, né... então, assim, ampliei muito a minha forma de ver as coisas (E.4).

“[...] A vivência clínica te passa um conhecimento que às vezes você não tem, então você cresce muito também é... com o seu trabalho do dia-a-dia, com a interação com as pessoas que trabalham com você. A experiência de um é muito enriquecedor no aprendizado do outro.[...]”

Discussão

A análise das falas demonstraram que os entrevistados, de maneira geral, reconhecem a importância do trabalho multidisciplinar e da transversalidade como ferramenta para humanização do atendimento.

Pela observação das práticas de atendimento cotidiano desses profissionais, é perceptível um esforço e uma intencionalidade, talvez intuitiva, em instituir uma relação não somente de cunho assistencial com a sua clientela, mas, como é preconizado pela PNH, o esforço em “construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos”.⁷

Esse conceito sinaliza que os sujeitos desta pesquisa compreendem por “PNH” sua prática cotidiana, mais similar ao conceito de humanizado, de ser bom, de se compadecer com o sofrimento alheio, denominado⁸ como “conceito sintoma” que associa um sentido idealizado ao termo e conseqüentemente à política que deve pautar no concreto das experiências cotidianas dos serviços, nas experiências geradas pelo convívio humano, que não é aquele humano idealizado.

Uma reflexão acerca do processo de trabalho e em relação ao papel de cada profissional inserido no serviço é de extrema importância para que os atendimentos se tornem mais efetivos e para que suas atribuições não se restrinjam somente à execução de tarefas assistenciais e prescritas. Mas que alcancem âmbito mais amplo, como instigar os usuários a participarem do processo de construção de um novo modelo de atenção.

Faz-se necessário estabelecer novas práticas, potencialmente capazes de promover trocas solidárias, tanto em redes multiprofissionais e interdisciplinares entre gestores e profissionais, como também seus usuários. Processos construtivos ditos humanizados requerem⁹ muito esforço e talvez a criação de novas formas de enfrentamento, com um novo modelo mais propício às limitações de um ambulatorio prisional, que embora seja delineado como sendo atenção primária, acaba por extrapolar o que se encontra prescrito.

Fica bastante nítido nos discursos dos entrevistados que, ao acionarem a rede de atendimento externa ao ambulatorio e explicitarem que trabalham em um ambulatorio prisional, percebem a conduta

desmotivada e talvez preconceituosa de alguns profissionais dos referidos serviços.

Ao mesmo tempo, anseiam que o estado possa fomentar o desenvolvimento de atividades de educação continuada aos profissionais, capacitando-os para ocuparem de fato o seu espaço nessa construção de um serviço realmente humanizado. A educação permanente também é explicitada na Lei 8.080/10 no capítulo III – “Da Organização, da Direção e da Gestão”:

“Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.”

Há conflito entre a proposta teórica da PNH - idealizada e implementada pelo governo federal e replicada nas instâncias estaduais e municipais, que preconiza a educação permanente como mais um instrumento de ajuda para o êxito da política de humanização e o fortalecimento do SUS - e o que de fato acontece com

poucas propostas de capacitação ofertadas pelo serviço, que compõem a rede SUS, embora em uma unidade prisional.

Como política pública, a PNH pressupõe, para sua implementação, vários eixos de ação, como o financiamento por intermédio do Ministério da Saúde, a adequação das instituições do ponto de vista da ambiência, do potencial humano e organizacional, da educação permanente aos profissionais envolvidos, da informação, comunicação e, finalmente, da gestão da própria PNH, com o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, mas que na prática não se efetiva.¹¹

A PNH se apresenta como uma estratégia metodológica, oferecendo um caminho a percorrer para, assim, estabelecer mudanças positivas e necessárias ao sistema de saúde. O objetivo principal é a inclusão e, para tal, cada serviço necessita conhecê-la mais profundamente para aplicá-la na sua realidade.

As mudanças que deveriam ocorrer no ambulatório poderiam ser iniciadas por oficinas de capacitação e discussão sobre a PNH, mas com um diferencial, alicerçadas nas vivências do cotidiano de cada profissional, legitimando a teoria de que a troca de saberes constrói uma consciência crítica que desencadeia crescimento pessoal e em grupo.⁸

Conclusão

Por meio dos discursos de cinco sujeitos que trabalham em um presídio feminino foi possível adentrar e compreender a percepção que têm acerca da aplicabilidade da PNH num universo pouco explorado que é o ambulatório prisional.

Apesar dos entraves identificados no processo de trabalho, do reconhecimento de que, apesar de delitos cometidos, são seres humanos que requisitam cuidado, convocando-os serem profissionais éticos e estéticos, podendo-se afirmar ser irrevogável e não cabível retrocesso no processo de humanização da assistência.

Reconhecem, também, que precisam avançar e se capacitarem mais para que a efetividade da PNH se materialize em todo e qualquer atendimento e gestão da saúde das detentas sob seus cuidados.

A saúde humanizada e estruturada, cujos profissionais ocupem o seu espaço de forma adequada e responsável, tem como recompensa reconhecimento e valorização, tanto pelo serviço quanto pelos usuários. O usuário que utiliza os serviços de forma consciente e respeitosa, como também estudantes, docentes e demais trabalhadores de saúde, agregando saberes e ideias podem contribuir para o fortalecimento do SUS e o aprimoramento de uma política que surge para dar qualidade e efetividade no atendimento a todos os cidadãos brasileiros.¹² 🐦

Referências

1. RECH AU, COIMBRA D. A crise de legitimidade do poder local brasileiro, Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (enero-marzo 2017). En línea: <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/01/poder-local.html>
2. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN. Brasília. 2014.
3. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Dados Consolidados 2008. Brasília. 2009a.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília. 2004.
5. NEVES C.A.B., ROLLO, A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da PNH. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed., Brasília. 2006.
6. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70. Paz e Terra, 2011.
7. PASCHE, D.F. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, D.F.; CRUZ, I.B.M. (org.). Saúde coletiva: diálogos contemporâneos. Ijuí: Unijuí. 2005.
8. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunic, Saúde e Educ, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
9. MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos técnico-assistenciais. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.
10. Brasil. Decreto-Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 06 agosto 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. 2010.
12. FREIRE, P. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. 14. ed. Rio de Janeiro. 2011

NAS FERIDAS, um produto desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização¹: age na **fase inflamatória**, acelerando o processo cicatricial; atua na **fase proliferativa**, estimulando a formação de tecido de granulação e diferenciação de fibroblastos em miofibroblastos; age na **fase remodeladora** prevenindo a formação de quelóide, acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

Não é antimicrobiano.

Não é desbridante.

Não é AGE.



Acelerando a cicatrização

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - *Creme*. **INDICAÇÕES:** Hyaludermin® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g. **Reg. MS nº 1.0341.0053 - VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

Referência Bibliográfica: 1. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*, 11(2): 159-163, 2012.

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

SAC SERVIÇO DE
ATENDIMENTO
AO CONSUMIDOR
0800-105588
SAC@TRBPHARMA.COM.BR



SÃO CAMILO

FORMANDO PESSOAS QUE
CUIDAM DE PESSOAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LATO SENSU

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem do Trabalho
- Enfermagem em Ambientes Disbáricos
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica

- Enfermagem em Estomaterapia
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem Pediátrica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC)
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem

STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

saocamilo-sp.br | 0300 017 8585



Ipiranga + Pompeia



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO