

MICNÉIAS TATIANA DE SOUZA LACERDA BOTELHO
SUELLEN RODRIGUES DE OLIVEIRA MAIER
(ORGANIZADORAS)

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM: PESQUISAS E PROPOSIÇÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

**Produção do Conhecimento em Enfermagem:
Pesquisa e Proposições Acerca da Atuação do Enfermeiro**



UFMT

**Ministério da Educação
Universidade Federal de Mato Grosso**

Reitora

Myrian Thereza de Moura Serra

Vice-Reitor

Evandro Aparecido Soares da Silva

Coordenador da Editora Universitária

Renilson Rosa Ribeiro

Supervisão Técnica

Ana Cláudia Pereira Rubio

Conselho Editorial



Renilson Rosa Ribeiro (Presidente - EdUFMT)
Ana Cláudia Pereira Rubio (Supervisora - EdUFMT)
Adelmo Carvalho da Silva (Docente - IE)
Ana Carrilho Romero Grunennvaldt (Docente - FEF)
Arturo Alejandro Zavala Zavala (Docente - FE)
Carla Reita Faria Leal (Docente - FD)
Divanize Carbonieri (Docente - IL)
Eda do Carmo Razera Pereira (Docente - FCA)
Elizabeth Madureira Siqueira (Comunidade - UFMT)
Evaldo Martins Pires (Docente - CUS)
Ivana Aparecida Ferrer da Silva (Docente - FACC)
Josiel Maimone de Figueiredo (Docente - IC)
Juliana Abonízio (Docente - ICHS)
Karyna de Andrade Carvalho Rosseti (Docente - FAET)
Lenir Vaz Guimarães (Docente - ISC)
Luciane Yuri Yoshiara (Docente - FANUT)
Maria Corette Pasa (Docente - IB)
Maria Cristina Guimaro Abegão (Docente - FAEN)
Mauro Miguel Costa (Docente - IF)
Neudson Johnson Martinho (Docente - FM)
Nileide Souza Dourado (Técnica - IGHD)
Odorico Ferreira Cardoso Neto (Docente - CUA)
Paulo César Corrêa da Costa (Docente - FAGEO)
Pedro Hurtado de Mendoza Borges (Docente - FAAZ)
Priscila de Oliveira Xavier Sudder (Docente - CUR)
Raoni Florentino da Silva Teixeira (Docente - CUVG)
Regina Célia Rodrigues da Paz (Docente - FAVET)
Rodolfo Sebastião Estupiñán Allan (Docente - ICET)
Sonia Regina Romancini (Docente - IGHD)
Weyber Ferreira de Souza (Discente - UFMT)
Zenesio Finger (Docente - FENF)

Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier
(Organizadores)

**Produção do Conhecimento em Enfermagem:
Pesquisa e Proposições Acerca da Atuação do Enfermeiro**

1ª Edição


EduFMT
Cuiabá, MT
2018

Copyright (c) Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho e Suellen Rodrigues de Oliveira Maier, 2018.

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº9.610/98.

A EdUFMT segue o acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

A aceitação das alterações textuais e de normalização bibliográfica sugeridas pelo revisor é uma decisão do autor/organizador

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P964
Produção do Conhecimento em Enfermagem: Pesquisas e Proposições
Acerca da Atuação do Enfermeiro [recurso eletrônico]/ Organizadoras
Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho, Suellen Rodrigues de
Oliveira Maier. 1.ed. -- Cuiabá-MT: EdUFMT, 2018.
217p.

Formato: e-book
ISBN 978-85-327-0881-6

1. Enfermagem – Produção do Conhecimento. 2. Enfermeiro.
3. Processos Saúde-Doença – Sinop-MT. I. Botelho, Micnéias Tatiana
de Souza Lacerda (org.). II. Maier, Suellen Rodrigues de Oliveira (org.).
III. Título.

CDU 61

Douglas Rios – Bibliotecário – CRB1/1610

Coordenação da EdUFMT: Renilson Rosa Ribeiro

Supervisão Técnica: Ana Claudia Pereira Rubio

Revisão Textual e Normalização: Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho e Suellen Rodrigues de Oliveira Maier

Diagramação & Arte da Capa: Kenny Kendy Kawaguchi



Editora da Universidade Federal de Mato Grosso
Av. Fernando Corrêa da Costa, 2.367
Boa Esperança. CEP: 78.060 - 900 - Cuiabá, MT.
Contato: www.editora.ufmt.br
Fone: (65) 3313-7155

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

PREFÁCIO

O livro que você tem em mãos é um retrato das pesquisas realizadas por enfermeiros tendo como foco os diversos processos saúde-doença da população de Sinop – Mato Grosso – Brasil.

A essência da enfermagem é o cuidado e as pesquisas apresentadas nos capítulos deste livro evidenciam a importância do papel do enfermeiro na saúde da criança, da mulher, do adulto, do idoso e dos profissionais de saúde, afinal quem cuida, precisa ser cuidado também.

Há um panorama dos diversos problemas de saúde da população de Sinop – suicídio, insuficiência renal crônica e terapia substitutiva, HIV/Aids, automedicação, além da avaliação da estrutura física de unidades básicas de saúde e uma retrospectiva da profissão no contexto do município.

A intenção é revelar aos estudantes, aos profissionais de enfermagem e de outras áreas da saúde, a problemática que envolve o adoecimento por doenças físicas e/ou psíquicas, além de incentivar a realização de pesquisas que possam colaborar na melhoria da qualidade de vida da população, refletindo sobre o que já foi e o que ainda pode ser realizado.

Cuidar do outro é sempre um desafio, pois em primeiro lugar é preciso estabelecer uma relação de confiança, que perpassa pelo conhecimento científico, mas que necessita extrapolá-lo, em busca da condição humana dos envolvidos – clientes e profissionais. Exige novas abordagens para ir além do rotineiro e mecânico, para então vislumbrar mudanças de paradigmas que permitam reflexões mais amplas, tanto no cuidado individual como no coletivo.

O livro revela a importância do pensamento crítico para o trabalho do enfermeiro, pois para resolver problemas, tomar decisões complexas e adaptar-se continuamente às situações novas, é preciso atualizar-se permanentemente, em busca de caminhos, ora mais lineares, ora tortuosos, sem perder de vista o objetivo maior – o cliente, a família e a rede de apoio, pois os indivíduos vivem em grupos e estes servem de apoio constante.

Por fim, as pesquisas que vocês poderão ler, evidenciam o do enfermeiro e suas relações profissionais, considerando os saberes e as práticas de enfermagem para além da simples instrução, mas sim como uma possibilidade de se colocar num determinado caminho, numa construção coletiva, a qual se dá no movimento e em perspectivas, além de reflexão, diálogo, ética e, sobretudo, de valorização da existência humana.

Boa Leitura!

Campinas, 14 de Fevereiro de 2016

Prof^a Dr^a Luciana de Lione Melo

Prof^a Dr^a Erika Christiane Marocco Duran

Faculdade de Enfermagem – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Sumário

As percepções da equipe de enfermagem frente ao paciente após tentativa de suicídio	9
Fernanda Salvi Suellen Rodrigues de Oliveira Maier Alan Nogueira da Cunha	
Retrospectiva histórica da enfermagem no município de SINOP/MT	23
Cezar Augusto da Silva Flores Patrícia Bilha de Almeida	
Interações medicamentosas e qualidade de vida de um paciente Renal Crônico: um estudo de caso	41
Juliana Cristina Magnani Primão Karenine Maria Holanda Cavalcante Ana Maria Nunes da Silva Raquel Santos Brito Jaqueline Patrícia Siqueira Pacífica Pinheiro Cavalcanti	
O impacto da hemodiálise nas atividades de vida dos pacientes da clínica de tratamento renal segundo o modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney	53
Juliana Pimentel Silva Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho Karenine Maria Holanda Cavalcante Maria Conceição Filgueiras Ferraz Araújo	
Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem frente à terminalidade na unidade de emergência	78
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier Larissa da Silva Teles Gelson Aguiar da Silva Luciene Mantovani Silva Andrade	
Dificuldades vivenciadas por crianças e adolescentes com HIV/Aids no município de Sinop/MT	95
Juliana Spenazzato Seger Cezar Augusto da Silva Flores	

- Caracterização do perfil reprodutivo de mulheres atendidas pela atenção básica à saúde** 112
 Pacífica Pinheiro Cavalcanti
 Raquel Santos Brito
 Ana Lucia Sartori
 Carla Maria Lunardi
 Alydaiane Antonia Sales Jorge
 Débora Linsbinski Pereira
- Diagnóstico da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde no município de Sinop** 129
 Juliane Lachovicz Huzik
 Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho
 Karenine Maria Holanda Cavalcante
 Maria Conceição Filgueiras Ferraz Araújo
- Aids na senescência: perfil epidemiológico dos idosos com Aids notificados no Serviço de Atendimento Especializado do município de Sinop – MT** 155
 Simone Martins de Souza Ferraz
 Cezar Augusto da Silva Flores
- A Fitoterapia – Uma Prática Complementar em Saúde na Realidade dos Usuários Sinopenses** 167
 Diego Florêncio Lima
 Claudia dos Reis Ana Lúcia Sartori
 Fábio Francoly Franciscon
 Valfran da Silva Lima
 Pacífica Pinheiro Cavalcanti
- Reprodução Após o Diagnóstico da Infecção pelo HIV: Percepções de Mulheres em Tratamento e Acompanhamento no Serviço de Atendimento Especializado de Sinop/Mt** 180
 Dayane Aparecida de Souza
 Cezar Augusto da Silva Flores
- Infecções sexualmente transmissíveis versus automedicação: uma realidade de usuários do sistema único de saúde** 194
 Luzia Aparecida de Sousa Mendes
 Débora Linsbinski Pereira
 Fabio Francoly Franciscon
 Raquel Santos Brito
 Daiane Gabriel
 Pacífica Pinheiro Cavalcanti

AS PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO

Fernanda Salvi¹
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier²
Alan Nogueira da Cunha³

Introdução

O suicídio ou a tentativa de suicídio ainda são situações bastante corriqueiras nos serviços de Emergência em todo o país. Todavia, os números ainda são subestimados, tendo em vista que a quantificação é inadequada na realidade brasileira. O conhecimento teórico dos profissionais de Enfermagem frente ao paciente após a tentativa de suicídio é extremamente necessário. Contudo, além deste, a compreensão, o apoio e a assistência de forma humanitária, são estritamente necessários para que se possa caracterizar a assistência de Enfermagem de forma positiva, isenta de julgamentos, referente ao comportamento suicida (TEIXEIRA, 2002).

De acordo com Kohlrausch et al. (2008) o comportamento suicida compreende três categorias a do pensamento, onde há a possibilidade de suicídio; o risco de suicídio; a da tentativa de suicídio, onde ocorre uma ação por parte da pessoa que poderá ou não resultar na morte da

1 Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso, UFMT-Campus Universitário de Sinop. E-mail: fe_salvi@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestre. Professora Adjunta I da Universidade Federal do Mato Grosso, UFMT- Campus Universitário de Rondonópolis. E-mail: suellen_enf2004@hotmail.com.

3 Enfermeiro. Mestrando. Professor Assistente I da Universidade Federal do Mato Grosso, UFMT, Campus Universitário de Sinop. E-mail: enf.alannc@hotmail.com.

mesma e por último o suicídio, que significa o ato efetivado do suicida, culminando em sua morte.

Para desvelar tal fenômeno utilizou-se a vertente sociológica de Durkheim que estuda os fatos produzidos pelos atos humanos (GUSMÃO, 1962). Durkheim estudou profundamente o suicídio, onde o considerou um fato social presente em toda a sociedade, independente das razões individuais que levam cada indivíduo a cometê-lo. Muitos estudos foram realizados por este mesmo autor que observou a regularidade com que se dava a ocorrência de suicídios em determinados momentos históricos, baseado em fatos concretos. Com isso, pode-se afirmar que o suicídio depende das leis sociais, e não de cada indivíduo (BIRNBAUM; CHAZEL, 1977).

Para Durkheim, o ato suicidar está diretamente ligado ao meio social e ao indivíduo, e da interação dos dois (SILVA; COUTO, 2009). Sob esta perspectiva pode-se observar que o suicídio é um fenômeno social, e ao mesmo tempo individual. A forma em que a sociedade visualiza o suicídio contribui diretamente na visualização desse tipo de fenômeno.

Face ao exposto, a compreensão, o pensamento e as atitudes realizadas são elementos considerados essenciais durante a relação interpessoal entre o paciente e o profissional de Enfermagem. Segundo Loureiro (2006) e Avanci et al. (2009), abordagem da equipe de saúde geralmente é de repulsa e afastamento dos indivíduos que buscam sua autodestruição, ocasionando nos profissionais sentimentos de incompreensão, desconforto emocional e incapacidade de lidar com esse tipo de situação, criando uma barreira entre a equipe de saúde e o suicida.

Sob esta ótica buscou-se desvelar as percepções da equipe de Enfermagem de uma unidade de Emergência, frente ao paciente após a tentativa de suicídio.

Itinerário Metodológico

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, a qual seguiu uma abordagem qualitativa realizada em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal em uma cidade do Norte de Mato Grosso, com a participação de dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem, do universo de 4 enfermeiros e 12 técnicos em Enfermagem, todos atuantes na Unidade de Emergência, que concordaram atuar na pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecendo que na ocasião possuíam experiência mínima de seis meses na unidade.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas norteadas por um roteiro semiestruturado, nas quais as respostas obtidas foram devidamente gravadas e posteriormente transcritas para maior compreensão do fenômeno (RODRIGUES; SCÓZ, 2003). Previamente, a coleta de dados o projeto correspondente a este estudo foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Foram obedecidas todas as normas éticas relacionadas à pesquisa, e o projeto teve parecer favorável, com número do protocolo de aprovação n. 54484 e Certificação de Apreciação Ética sob o n. 02010112.4.0000.5541.

Como suporte teórico, buscamos desvelar o fenômeno do suicídio por meio da vertente sociológica do pensamento do sociólogo Emile Durkheim, fazendo menção aos conflitos de interesses entre os indivíduos e a sociedade, que são os elementos essenciais para a compreensão dos diversos acontecimentos sociais, como o suicídio (GUSMÃO, 1962).

A análise foi realizada seguindo os preceitos de Minayo (2000), acerca da Análise de Conteúdo. Deste modo os dados levantados foram observados, analisados separando-os em categorias de modo a congregar informações convergentes que evidenciassem o referencial sociológico de Durkheim, a fim de compreender o pensamento real da equipe de Enfermagem que trabalha no serviço de Urgência e Emergência. Após análise das falas dos sujeitos, emergiram duas categorias a fim de entender o pensamento dos profissionais com relação aos pacientes que tentaram tirar sua própria vida.

A que nos remete as palavras: “fraco” e “forte”

O pensamento está dividido em: processo e conteúdo; o *processo* se refere à maneira como o indivíduo reúne ideias e associações; já o *conteúdo* se refere ao que ele pensa realmente sobre as crenças, as ideias, ou preocupações e obsessões (SADOCK; SADOCK, 2007).

O pensamento da equipe de enfermagem diante do paciente após tentativa de suicídio tem grande relevância, pois reflete diretamente na qualidade do atendimento ao paciente; observa-se sua importância nas seguintes falas quando questionados sobre como o profissional percebe o paciente quando este dá entrada no serviço:

Porque aquilo que te perturba tem que ser muito grande para chegar nesse ponto, de te deixar fraco a ponto de você querer fazer isso. Porque se você é forte, você não faz você tenta reverter isso. (T.E. 1)

Fraco, que ele não encontra no mundo, um lugar para ele [...], daí vai acumulando frustrações, sentimento de vazio, de solidão, angústia, aí chega um

momento que a escapatória que ele acha pra tudo isso é o suicídio. (T.E. 3)

O significado da palavra “fraco” está relacionado ao raciocínio fraco, seria uma pessoa desprovida de capacidade intelectual, insuficiente; e a palavra “forte” que tem força, valente, robusto (FERREIRA, 2008). Nisso surge uma indagação, ser forte ou ser fraco necessariamente fazem a pessoa ter ou não um comportamento suicida?

Conforme levantamento de informações, não se trata de fraqueza ou força, cada caso é algo muito complexo, impossível de se elucidar, devendo o profissional prestar um cuidado livre de preconceito e tratá-lo como algo patológico. Nas falas supracitadas deixou evidente o conceito errôneo do profissional relacionado ao suicídio, visto tais conceitos estarem enraizados ao ato de julgar, fator este que pode influenciar negativamente o profissional podendo comprometer o cuidado ofertado pela equipe, sem julgamento e sem punições ao indivíduo que procura a unidade de Emergência após tentar ceifar sua própria vida.

A integralidade na assistência versus a expressão “tentativa de chamar a atenção”

Os transtornos afetivos de humor representam 80% dos casos de tentativa de suicídio (SADOCK; SADOCK, 2007) são doenças que afetam a parte psíquica, prejudicando a memória, raciocínio, criatividade e humor, conseqüentemente, interferindo diretamente na vida pessoal e profissional. Nota-se certo descaso, no qual nem todos os membros da equipe de enfermagem, veem a situação como um quadro patológico, afirmando que o comportamento suicida é originado apenas de conflitos conjugais e emocionais.

Ao ser questionado sobre a visão estabelecida pelos profissionais no que se refere ao indivíduo que tentou tirar a própria vida, obteve-se a seguinte resposta:

É meio complicado de dizer, porque eu não tenho dó de uma pessoa que é suicida que quer tirar a vida e eu também não tenho pena. A gente tenta, quando chega faz todo o procedimento de protocolo, mas a maioria que vem aqui, por exemplo, de 100% que vem 80% é tentativa com medicação leve, é tipo um diclofenaco, um omeprazol, 2 rivotril, nunca é propriamente, ou seja, ai chega e já vem pedindo:quero meu marido, meu namorado. Então é uma tentativa de chamar a atenção. (T.E. 2)

Os profissionais de saúde, devido a todo o conhecimento adquirido em sua formação, deveriam saber lidar com esse tipo de situação. Por isso que é de suma importância que os profissionais que trabalham no setor de emergência dos hospitais, estejam preparados e que possuam informações adequadas sobre o fenômeno suicídio, para uma correta interpretação dos sinais do comportamento suicida, e outras condutas patológicas relacionadas, e através disso possam administrar a melhor intervenção terapêutica naquele momento (LOUREIRO, 2006).

A avaliação de um paciente suicida é um trabalho complicado para os profissionais de saúde. O apoio do profissional nos serviços de emergência é essencial, tendo em vista que a qualidade da abordagem reflete diretamente no prognóstico do paciente. A equipe deve realizar todos os esforços para prevenir uma nova tentativa de suicídio e incentivá-lo a procurar tratamento e apoio de um profissional especializado na área (KONDO et al., 2011).

É importante que o paciente seja recebido com atenção, sem julgamentos e com todos os cuidados necessários, a partir do momento em

que o cliente chega à instituição, inclusive na recepção, até o local utilizado para a estabilização do caso. A adesão ao tratamento pelo paciente é influenciada significativamente pela maneira com que ele é acolhido na emergência. A atenção, e a demonstração de preocupação do profissional com o paciente são essenciais nesse momento (KONDO et al., 2011).

Para uma assistência adequada, faz-se necessário o uso da integralidade no cuidado em saúde mental, visto que esta não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), mas um compromisso dos profissionais com os usuários (KOHLRAUSCH et al., 2008).

A integralidade não pode ser vista apenas como um princípio do SUS, e sim como um conjunto de noções sobre o cuidado de uma forma mais abrangente. É algo complexo, pois admite o ser humano não como uma pessoa enferma, mas como um ser dotado de sentimentos, frustrações e anseios (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Alguns profissionais preferem cuidar esse paciente sem distingui-lo dos outros, como um paciente normal sem qualquer tipo de estigma:

Eu não tenho assim outra visão, eu não consigo distinguir de outro paciente, eu tento tratar de forma normal. Porque as vezes há um preconceito ou alguma coisa assim mas eu encaro como se fosse outro paciente que estivesse em situações graves. (ENF. 4)

A palavra normal significa algo que é habitual, que é comum. O dever da equipe é tratar o paciente de modo único, e de acordo com os princípios do SUS, equidade, integralidade e universalidade (KOHLRAUSCH et al., 2008).

A maior parte dos profissionais de saúde não está preparada para lidar com esse tipo de situação, consideram que a tentativa de suicídio

ocorre num momento de desespero, sendo uma de forma de chamar atenção das pessoas ao seu redor (KONDO et al., 2011). A expressão “chamar atenção” como citada em uma fala acima, esteve presente em várias falas dos entrevistados:

Eu vejo como uma pessoa deprimida, geralmente na grande maioria das vezes que agente atende é uma pessoa que necessita de atenção, uma pessoa que ta tentando chamar atenção, uma pessoa que o psicológico está totalmente abalado. (ENF. 3)

Conforme as entrevistas, os indivíduos com comportamento suicida tentam exprimir aquilo que estão sentindo como tristeza, irritação, anseios, angústias e frustrações. No entanto, tais reações são interpretadas erroneamente como uma forma de atrair atenção para si mesmo. Nunes Filho, Bueno e Nardi (2000), sob a lógica sociológica de Durkheim, afirmam que o temperamento de cada indivíduo é apenas consequência de um estado social externo se manifestando de diversas formas; sendo uma patologia cada vez mais temível pelas pessoas.

Podemos observar que a expressão “tentativa de chamar a atenção” se contrapõe a uma assistência com foco na integralidade do ser, pois os profissionais deixam de prestar uma assistência integral a partir do momento em que julgam aquele comportamento como uma forma de atrair atenção.

Sabemos que são raras as vezes em que o cuidado vem acompanhado da integralidade. Contudo para os profissionais da área da saúde, esta é essencial, pois implica em expandir as dimensões do cuidado, fazer valer o acolhimento na unidade de Emergência, investir na capacitação, a fim de formar profissionais capazes de realizar o acolhimento de forma correta e cuidado adequado a esses pacientes. Por isso é tão importante

a integralidade estar presente nos três níveis de atenção, para que possa atender todas as necessidades do paciente de forma qualificada. Proporcionando ao cliente bem-estar físico, mental e ambiental (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

O pensamento dos profissionais ainda se apresenta semelhante, talvez pelo assunto “suicídio” estar ainda sendo pouco discutido. Durante a entrevista conseguimos visualizar isso quando se falava o tema da pesquisa, onde alguns ficavam um pouco inseguros para falar sobre o assunto e manifestavam certo receio ao se tratar da gravação da entrevista. Outros profissionais se recusavam a participar da pesquisa, levando-nos a uma nova indagação: Será que o suicídio é um assunto considerado um “tabu”? Ou será que os profissionais temiam apenas por deixarem registros formais de suas falas?

Portanto é difícil o profissional ter um pensamento concreto, porque ultrapassa os limites de conhecimento de uma única área. Durkheim afirma que se considerarmos o suicídio como algo individual, dependendo diretamente da própria pessoa para acontecer, poderá ser explicado comumente por teorias psicológicas; porém, para a compreensão do fato precisamos conhecer o indivíduo, seus antecedentes, seu temperamento e caráter, que por sua vez são construídos pela sociedade; assim podemos resumir que o fenômeno só pode ser atribuído por causas externas e sociais. Contudo não existe nenhum fator como raça, hereditariedade e estados psicológicos normais que mantenha com o suicídio uma relação regular e irrefragável (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2000).

Considerações finais

O suicídio é um fenômeno muito antigo, em 1897 a clássica obra – O suicídio, escrito pelo renomado sociólogo Emile Durkheim, trouxe subsídios para decifrar o ato, desvinculando o assunto da conotação moral que até então era visto, explicando-o através de uma vertente social. Classificando-o em três tipos, o anômico, o altruísta e o egoísta. A partir daí, foi possível encontrar novos caminhos instigando a realização de outras obras, assim como as ciências do psiquismo.

Desde então a forma de pensar e lidar com o suicídio vem passando por transformações expressas na política, no meio social e no contexto religioso. Houve um aumento significativo da ocorrência do comportamento suicida nos últimos anos, considerando-o como um problema de saúde pública.

Quando o indivíduo chega ao ponto de pensar, tentar e até mesmo cometer suicídio, significa que a situação pela qual ele está enfrentando é de uma gravidade tão grande que a única resolução que ele vê é a sua própria morte.

O pensamento da equipe ante a esse paciente é geralmente de pena, dó e certa incompreensão pelo fato. Sugere que tal ocorrência esteja relacionada a carências afetivas e emocionais com a família, parceiro e vida social realizando uma tentativa em um momento de desespero para chamar a atenção das pessoas próximas. Nenhum profissional relatou o comportamento suicida como algo patológico.

Observando o comportamento dos profissionais, evidenciamos ser no mínimo preocupante, já que fazem parte da área da saúde e lidam com essas situações diariamente, apresentando na maior parte das vezes

menosprezo e preconceito, não dando o merecido valor às ocorrências de tentativa de suicídio.

As expectativas para a pesquisa foram superadas, o resultado foi satisfatório, os objetivos propostos no início da pesquisa foram alcançados, e foi possível compreender os principais pensamentos da equipe de enfermagem, de uma forma geral, desvelando suas ideias e pensamentos após tentativa de suicídio.

Entendendo ser o suicídio um evento de origem social, que gera distintas opiniões e até julgamentos inadequados acerca dos motivos que levam o indivíduo a tentar contra sua própria vida, faz-se necessário uma atitude de reflexão acerca do cuidado que estamos oferecendo a este indivíduo, sem que haja distinção, avaliando todos os riscos, não realizando julgamentos precipitados, por isso a atenção por parte da equipe de enfermagem deve ser reavaliada no sentido de melhorar nossa compreensão sobre o suicídio e tratá-lo com algo muito particular ao indivíduo que tentou ceifar sua própria vida, compreendendo assim o fenômeno e entendendo que suas raízes estão na sociedade e em como este indivíduo se percebe como ser social.

Esse tema ainda é pouco discutido, e quando se fala especificamente em suicídio a maior parte da população fica surpresa, e trata essa questão como algo que é considerado um “tabu” para a sociedade. Atualmente no Brasil, existem poucas pesquisas a respeito, e esperamos que este estudo possa contribuir para elucidar o comportamento suicida diante dos profissionais de saúde e que incentivem outros pesquisadores a desvelarem esse assunto.

REFERÊNCIAS

AVANCI, R. C. et al. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v5n1/05.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BIRNBAUM, P; CHAZEL, F. tradução. **Teoria Sociológica**. São Paulo, SP: Editora de Humanismo Ciência e Tecnologia HUCITEC Ltda, 1977, p. 91-95.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélío**. 7. ed. Curitiba (PR): Editora Positivo, 2008.

GUSMÃO, D. P. **Teorias Sociológicas**. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fundo de Cultura S. A., 1962, p. 94-112.

KOHLRAUSCH, E. et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermarias de unidades de saúde. **Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v.7, n. 4, p. 468-475, Out. 2008. Disponível em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6628/3906>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

KONDO, E. H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/recusp/v45n2/v45n2a27.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

LOUREIRO, M. R. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. **Scientia Medica PUCRS**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1622/1196>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

NUNES FILHO, P. E; BUENO, R. J; NARDI, E. A. **Psiquiatria e Saúde Mental**. Conceitos clínicos e terapêuticos. 1. ed. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2000, p. 247-255.

PINHO, I. C; SIQUEIRA, J. C. B. A; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/945/1155>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

RODRIGUES, J; SCÓZ, T. M. X. Muros nas mentes: obstáculo da reforma psiquiátrica. **Revista Nursing**, v. 65, n. 6, out. 2003. CD-ROM; Editora Bolina Brasil Ltda.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria – Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Medicina psiquiátrica de emergência. 9. ed. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2007, p. 961-981.

SILVA, M. A. L; COUTO, F. L. A questão do suicídio: algumas possibilidades de discussão em Durkheim e na Psicanálise, **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v61n3/v61n3a07.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2012.

TEIXEIRA, R. R. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 6, n. 11, p. 143-52, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/20.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2012.

RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE SINOP/MT

Cezar Augusto da Silva Flores⁴
Patrícia Bilba de Almeida⁵

Introdução

A proteção materna instintiva foi a primeira forma de manifestação do ser humano no cuidado do seu semelhante. O conhecimento dos meios de cura conferia domínio no seio dos grupamentos humanos, e o homem, aliando tal conhecimento ao misticismo, fortaleceu esse domínio e apropriou-se dele, transformando-o muitas vezes em uma figura mística ou religiosa para aplacar as forças do mal (OGUISSO, 2007).

Durante milhares de anos os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão, pois dizia respeito a qualquer pessoa que ajudasse outra a garantir o que lhe era necessário para continuar sua vida.

Logo no século XX, a enfermagem no Brasil era uma atividade religiosa de conotação caridosa. Com os estudos da Saúde Pública, ela tomou um novo rumo, tornando-se uma profissão mais especializada. Após a colonização, outros grupos assumiram também essa atividade, dentre eles, os jesuítas, seguidos posteriormente por religiosos volun-

4 Enfermeiro e Pedagogo. Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Docente do curso de Enfermagem - UFMT, Campus Universitário de Sinop. cezarflores2010@gmail.com

5 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Campus Universitário de Sinop. patwyalmeida@hotmail.com.

tários, leigos e escravos selecionados para tal tarefa, surgindo, assim a enfermagem com fins mais curativos que preventivos.

A enfermagem, no Brasil, enquanto trabalho, foi exercida por muito tempo por pessoas caridosas. Hoje é uma profissão com competência técnica e científica, e entendemos que a prática da enfermagem é distinta nas diversas sociedades, e em cada momento histórico, se desenvolve, e vai adquirindo feições e características próprias facilitando seu desenvolvimento.

Entende-se por enfermagem profissional aquela atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por um ato normativo, e que, ao término do curso, receberam diploma e a titulação específica (OGUISSO, 2007).

A primeira enfermeira profissional em Sinop/MT, Helena Zunzade, iniciou suas atividades em 1982, quase dez anos após a fundação da cidade. No início, devido a inúmeras dificuldades encontradas por uma cidade nova, em Sinop/MT não foi diferente, pois os atendimentos de saúde eram prestados por parteiras que residiam na cidade. Prestavam esses cuidados em situações precárias, implicando sua sabedoria e prática, que adquiriram com parentes de forma empírica ao longo do tempo.

Segundo Santos (2011), os primeiros colonizadores e moradores da cidade passaram por diversas dificuldades, como a inexistência de água tratada, escassez de alguns alimentos básicos, a mudança de clima, o pó e a fumaça das queimadas na época da seca, o transbordamento de fossas na época de chuvas que ocasionavam vários problemas de saúde aos primeiros moradores. Foi significativa a incidência de doenças respiratórias e infecções intestinais, além da malária, doença endêmica da

região, que obrigou o governo federal em 1974 a instalar um posto de Superintendência de Combate à Malária – (SUCAM), que funcionou até o final da década de 1980. No mesmo ano foi instalado o primeiro posto de saúde em Sinop, num pequeno prédio de madeira, comandado pelas Irmãs da Ordem Religiosa Santo Antônio.

De acordo com o Caderno de Informação de Saúde do município de Sinop/MT, no ano de 2009, o município tinha um total de 114.053,00 habitantes, destes 58.287 do gênero masculino e 55.766 do gênero feminino. Conta também com um total de 151 estabelecimentos de saúde em geral, incluindo Centros de saúde (Unidades Básicas de Saúde), Clínicas Especializadas, Consultórios isolados, entre outros. Em relação ao número de leitos de internação o município conta com 258 leitos, destes 150 são leitos do Sistema Único de Saúde – SUS, portanto há 2,3 leitos para cada 1.000 habitantes. Referente aos Indicadores da Atenção Básica, o município atende 57.112 mil habitantes, o que representa uma cobertura de 50,1% da população do município. Sinop conta com todos os profissionais na área da saúde, constituindo uma equipe multiprofissional na área; referente à área da enfermagem há registros de 60 enfermeiros trabalhando no município, 211 técnicos de enfermagem e 68 auxiliares de enfermagem (DATASUS, 2016).

A intenção deste trabalho é fazer um resgate histórico sobre a enfermagem no município de Sinop/MT, mostrando o quanto foi importante a participação desses profissionais enfermeiros na história dessa cidade, não deixando no esquecimento o trabalho, as dificuldades e, principalmente, as vitórias e conquistas desses profissionais. A importância do desenvolvimento deste estudo está no pensamento de contribuir futuramente com outras pessoas que venham desenvolver algum tipo de pesquisa voltada a esse assunto. Através desta pesquisa buscou-se o

reconhecimento do trabalho das pioneiras da profissão enfermagem, e a confirmação histórica dessa profissão que fizeram e ainda faz parte da vida pessoal de cada morador de Sinop/MT.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, realizada por meio de busca em documentos oficiais e entrevistas com os primeiros profissionais de Enfermagem de Sinop/MT. O estudo foi realizado nos meses de junho e julho de 2012, onde foram localizados os precursores¹ da enfermagem, após a realização de uma entrevista embasada em um formulário semiestruturado com questões abertas e fechadas. De acordo com Pereira (2006) as questões fechadas facilitam a análise, já as abertas são mais difíceis de analisar, mas podem possuir aspectos que passariam despercebidos se não houvesse a possibilidade de livre expressão do participante.

O critério de inclusão da pesquisa elencou as pessoas que residiam e trabalhavam como enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e/ou parteiras no município de Sinop/MT no período da sua fundação, na década de 1970, até a década de 1990, e que ainda residem nesse presente município. Assim foram localizadas seis profissionais, sendo que todas aceitaram participar da presente pesquisa. Com intuito de manter o anonimato, e para determinar a participação das entrevistas, as mesmas foram identificadas de acordo com a sua formação, sendo as enfermeiras identificadas como ENF 1 e ENF 2, as auxiliares de enfermagem como AUX 1 e AUX 2 e as parteiras como PAR 1 e PAR 2.

¹ Precursores da Enfermagem em Sinop/MT: Inclui também as parteiras, conforme a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986.

O intuito de entrevistar essa população foi de reconhecer o cenário de como ocorreu a evolução da qualidade do atendimento, e as principais dificuldades encontradas.

Os preceitos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, e antecedendo a coleta de dados, o projeto foi apresentado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Júlio Muller (CEP/HUJM), sob o protocolo n. 36153 CEP/HUJM, no dia 13 de junho de 2012, obedecendo todas as normas éticas relacionadas à pesquisa, contendo a assinatura das participantes da pesquisa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Deste modo, buscou-se tomar os cuidados mencionados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, aprovados pela Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96, sigilo, ética e transparência de pesquisa (BRASIL, 1996).

Resultados e discussão

Os dados coletados na pesquisa foram analisados em quatro categorias, sendo elas: Primeiros Passos da Saúde e da Enfermagem em Sinop/MT; Enfermagem como vocação x Enfermagem como profissão; O fator humano acabou, na maioria dos profissionais; Condições de trabalho.

Primeiros Passos da Saúde e da Enfermagem em Sinop/MT

A saúde no município de Sinop/ MT fundado em 1974, começou de forma precária, caracterizada principalmente pela falta de profissio-

nais, como também a inexistência de unidades de saúde. Primeiramente junto aos colonizadores em 1973, vieram as parteiras, que trabalhavam na assistência a quem precisava, mesmo com tanta dificuldade. Apesar da necessidade da mão de obra dessas profissionais, havia certa recusa e na fala a seguir é possível observar esse tipo de ressalva.

[...] Quando eu cheguei aqui, eu não queria mais trabalhar como parteira, o médico com quem eu trabalhava lá no Paraná queria me dar uma carta de recomendação pra mim trabalhar em qualquer lugar que fosse em um Hospital aqui, só que eu não quis, mas como tinha partos pra fazer, e não tinha médico e nem Hospital eu acabei fazendo o parto de algumas mulheres[...]. (PART.1).

Em Sinop/MT, uma pequena farmácia com estrutura de madeira foi considerada a primeira unidade de saúde, nomeada de Farmácia Barrão, criada em 1973, antes mesmo da solenidade oficial de fundação da cidade, em 1974. Oferecia serviços restritos à população, funcionando também como um pequeno centro de atendimento, e, apesar das parteiras prestarem assistência em domicílios, utilizavam esse ambiente para atender as parturientes, como pode ser observado nas falas abaixo:

Como eu tinha falado né, só tinha uma farmacinha, e do lado da farmácia tinha um quartinho aonde as mulheres vinham pra ganhar nenê, vinha mais mulher de Santa Carmen, ai elas vinham, ganhavam nenê ali, e ficavam ali por 2 ou até 3 dias, dependendo, se elas estivessem fracas ou não, e eu cozinhava e cuidava delas até ir embora[...]. (PART.1).

Para a assistência durante os partos domiciliares, as parteiras levavam consigo, pinça, tesoura, gaze, cordão e luvas. Todos os demais materiais e utensílios eram pegos na própria casa da parturiente. Percebe-se que essas profissionais seguiam uma sistemática de cuidados, entendida

hoje como empírica. Cumpriam etapas básicas para o bem-estar da mãe e do bebê, e os procedimentos eram semelhantes entre as parteiras, mas cada uma adaptada com sua forma cultural de trabalhar (ACKER et al., 2006).

Em 1978 outras unidades de saúde foram aparecendo, como o Hospital Celeste, construído por médicos. A fala de uma profissional entrevistada descreve a sequência de abertura das primeiras unidades de saúde.

Quando comecei a trabalhar em Sinop as unidades de saúde existentes eram: Hospital Maternidade Celeste, Posto de Saúde Central, depois com o passar do tempo, Hospital Perpétuo Socorro, e mais tarde Hospital Dois Pinheiros, o Hospital Dois Pinheiros foi sempre no mesmo lugar, teve SUS, Particular, SUS, e depois continuou SUS, e agora é só particular. (AUX.1).

De 1974 a 1987, considera-se que em Sinop/MT, na área da saúde não havia profissionais da enfermagem com qualificação específica. Em alguns dados falam restritamente de profissionais que por aqui passaram, porém não há registros. Após o ano de 1987, novas profissionais foram aparecendo, e houve um desenvolvimento pouco mais acelerado não só de profissionais, como também de unidades prestadoras de serviço.

Enfermagem como vocação x Enfermagem como profissão

A enfermagem antiga se respaldava na solidariedade humana, no misticismo, no senso comum e em credíes. Atualmente, procura aprofundar seus conhecimentos científicos, tecnológicos e humanísticos, tendo como centro de suas atividades, cuidar da saúde do ser humano. Mas

ainda a realidade profissional se descaracteriza quando nós enfermeiros não somos “chefes” ou “enfermeira padrão”, somos frequentemente confundidos com outros profissionais da enfermagem ou classificados como “ajudantes” ou “secretária de médico”, ou quase médicos (GENTIL, 2009).

Devido à enfermagem ser ligada ao sexo feminino, ela sofria restrições, no qual algumas características apontam para uma mulher ideal como, submissão, disciplina e domesticidade. E o que muitos ainda pensavam é que a mulher apenas foi deslocada do seu ambiente familiar para dentro do hospital, havendo na verdade uma troca de funções e ambientes (ANDRADE, 2007).

Até pouco tempo, os profissionais atuantes na enfermagem passavam por situações nas quais o profissional médico era o responsável por atribuir o conhecimento para desenvolver suas funções. Essas profissionais não só executavam atividades voltadas para a área da enfermagem, como também executavam funções específicas, como a prescrição medicamentosa, do profissional médico.

“Não tinha enfermeira, eram os testes de enfermagem, os médicos mesmo nos treinavam pra enfermagem, eu mesmo fui treinada por um médico muito bravo do Sul.” (Aux. 1).

Apesar da preocupação com a questão da submissão ao profissional médico, os profissionais sempre realizaram suas atividades com o olhar voltado para o ser humano, desenvolvendo suas atividades sempre com muita dedicação.

Ali a gente trabalhava com o coração sabia...a gente não saía de noite do hospital, se tivesse paciente com cesárea ou paciente grave, acamado. (Aux. 1).

O profissional trabalhava com amor, carinho, dedicação e cuidava do paciente com qualidade, antes se dava mais atenção para o paciente. (Aux. 2).

O cuidado, como conhecimento específico, vai muito além de um mero ato simbólico e/ou técnica prescritiva. Inserido num contexto formal ou informal, utiliza-se de diferentes modos, expressões e/ou significados para traduzir o que existe de mais humano naquele que é cuidado e/ou naquele que cuida (BACKES et al., 2006).

Mesmo o “cuidado” ameaçado pelas exigências burocráticas e tecnológicas, permanece na origem da profissão de enfermagem, no qual se torna o fator primordial do caráter do profissional em relação aos cuidados com os pacientes, que deve ser considerado altamente positivo e animador para os profissionais, principalmente em tempos em que a temática da humanização ganhou espaço privilegiado (BACKES et al., 2006). É do caráter do profissional desenvolver suas atividades com qualidade, mesmo que ideias contrárias sobre a importância da profissão venham surgir, como por exemplo, a desunião e a submissão. Quem cria a valorização, é o próprio profissional, através de suas atividades, o que resulta em aspectos positivos.

Então eu assim, se eu for me perguntar se você se sente valorizada pelo seu esforço, sim eu me sinto valorizada, porque eu tenho feedback da minha clientela e o meu eu... eu sou feliz com o que eu faço né. (Enf. 1).

Quando iniciamos a vida profissional, deixamos de realizar tais atividades, o que na maioria das vezes justificamos como sendo falta de tempo. Isso acontece também com o exame físico que envolve habilidades de inspeção, ausculta, palpação e percussão, informações importantes para avaliação e planejamento do cuidado da enfermagem, e então

vem o pensamento ao questionarmos se estamos dando atenção para nossa função verdadeira, ou estamos atribuindo funções de outros profissionais, deixando assim que a nossa fique desqualificada (CORBELLINI, 2007).

“O fator humano acabou, na maioria dos profissionais...”

O rápido desenvolvimento do mundo atual, especialmente nas inovações tecnológicas e interativas que cercam a área da saúde, faz com que o enfermeiro se defronte com o desafio de promover o desenvolvimento da sua equipe, exercendo assistência de qualidade e bem fundamentada. A enfermagem, representada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuam com uma responsabilidade ética maior, no qual o atendimento deve abranger a atenção não só à família, como também ao indivíduo, e à comunidade também (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Ainda segundo Menezes, Priel e Pereira (2011), o aumento de atribuições e exigências do profissional da enfermagem fez com que ele acabasse perdendo um pouco da sua autonomia pois várias funções foram atribuídas a ele, resultando no afastamento da assistência deixando de lado o olhar holístico ao paciente que permanece sob seus cuidados. O relato a seguir deixa bem claro a falta de satisfação dos próprios profissionais com a atenção prestada dos dias atuais.

[...] a saúde precisa melhorar, o amor ao próximo precisa melhorar... o amor ao próximo, amor ao doente, da enfermagem para com o paciente, precisa mais dedicação, nossa eu não suporto ver coisas ali, paciente fica a noite inteira evacuado, urinado[...]. (Aux.1).

O profissional de enfermagem deve ser preparado para atuar na promoção, prevenção, proteção e reabilitação atingindo os mais elevados níveis de qualidade (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

De acordo com Menezes, Priel e Pereira, (2011), é grande a exigência hoje do enfermeiro durante a prática de suas atividades, fazendo com que ele precise ter habilidades e atitudes, devendo tornar sua equipe apta para as tarefas que lhes são pertinentes. A autonomia do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem está no seu agir de forma livre, na tomada de decisão baseada no conhecimento técnico e científico, na responsabilidade profissional e na conquista do reconhecimento da sua importância pela sociedade.

Cabe também ao profissional buscar seu engrandecimento, e qualidade, desde que ele trabalhe de forma coerente com as normas, de acordo com a Lei de Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei 7.498/86, da assistência de hoje, e também de forma que não esqueça os princípios pessoais da qualidade do bom atendimento, que é a atenção e o cuidado por inteiro do ser humano.

[...] O enfermeiro tem que entender que a enfermagem e uma profissão que vai trabalhar com a equipe, mas e uma profissão autônoma, esse engrandecimento que o profissional tem, às vezes, de quem ele busca essa valorização, dos pacientes [...]. (Enf. 1).

A *performance* do serviço e os seus resultados na maioria das vezes está ligada as necessidades dos clientes e em suas expectativas, demonstrando que a satisfação do cliente é o principal instrumento de medida de qualidade, além de uma forma de gerenciar o serviço (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Condições de trabalho

A profissão da enfermagem tem uma característica peculiar que é a prestação da assistência ininterrupta 24 horas por dia, o que está diretamente relacionada ao zelo e à recuperação com eficiência daqueles que permanecem sob seus cuidados, responsável por quase 60% das ações de saúde, considerado ainda que esse profissional tenha um tempo maior de contato físico com os doentes. A maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, sendo essa uma característica histórica, pois sua precursora, Florence Nightingale, já defendia que a enfermagem era uma profissão que deveria ser exercido pelo instinto materno nato das mulheres.

Borenstein et al. (2003) afirmam que o preparo do pessoal para atuar na enfermagem, muitas vezes acontece sem treinamento básico, característica comum dos funcionários mais antigos, os quais costumavam ensinar os mais novos, e muitas vezes aprendiam na base da tentativa de acerto ou erro.

[...] eu era cozinheira do Hospital Celeste, primeiro comecei na cozinha, fiquei só três meses trabalhando como cozinheira... aí depois os médicos treinaram nós...na verdade assim, a gente não era auxiliar de enfermagem, a gente era atendente de enfermagem, mas, todo mundo via nós, como enfermeira, técnica, auxiliar, aí depois de um tempo que chegaram as enfermeiras mesmo [...]. (Aux. 2).

Segundo Souza et al. (2009), muitos trabalhadores vivem em situações de adaptações e improvisações, para que os resultados do seu trabalho mesmo diante das dificuldades se tornem úteis aos pacientes, resultando em sentimentos como, gratificação e reconhecimento. A total dedicação do profissional ao doente realmente acontece, e, em alguns

casos, o profissional deixa a vida social e familiar de lado, envolvendo-se totalmente naquela tarefa, situação vivenciada na fala a seguir.

[...] de manhã a gente dava banho no paciente, ele ficava trocado de dia, de noite a gente não saía do hospital, novamente trocava o paciente, deixava o paciente limpinho, primeiro que nós não tínhamos folga, entrava, e era assim, saía só pra dormir um pouco, dentro do Hospital, ficava em função, olha folga era assim, nós entrávamos hoje de manhã quinze para as sete, nós saíamos de tarde três horas pra tomar um banho, relaxar um pouco, e voltávamos á noite, e outro dia, ai nós ia descansar um pouco de manhã, voltava à tarde, a gente trocava assim umas horas, e a gente estava em quatro ou cinco e tinha que “tocar”, nós morávamos lá no hospital, eu mesmo morei no hospital muitos anos [...]. (Aux. 1).

É fato que esse modelo de profissional não existe mais nos dias atuais. A fala demonstra que o participante deixa o fator vida pessoal de lado, para se dedicar ao trabalho. Martins (2002) afirma que a qualidade de vida pode ser influenciada por condições de trabalho que envolvem satisfação, salário, relações familiares, lazer.

O profissional da enfermagem tem o dom e a capacidade de desenvolver suas atribuições mesmo diante de situações em que colocam sua prática profissional e sua integridade física em risco. Felli (2012) coloca o exemplo da insalubridade nas instituições, que leva o profissional a criar formas de organização no trabalho. No entanto, esse controle pode levar a um desgaste e exaustão do profissional.

Considerações finais

A história da enfermagem vem sendo estudada e descrita por muitos historiadores há muito tempo. Essa habilidade que hoje é profissional foi realizada através de rituais místicos por pajés e feiticeiros. Em seguida foi atribuída às pessoas religiosas, como os jesuítas, e por muito tempo a função do cuidado não exigia preparo algum, havendo apenas a necessidade de ajudar o próximo.

No Brasil a enfermagem moderna surgiu coadjuvante a profissão do médico, porém houve sempre a procura da profissionalização do enfermeiro com qualidade, almejando seu espaço próprio na sociedade. Várias escolas de enfermagem foram criadas no Brasil, todas com características de ensino bem diferentes, mas com normas de qualidade bem parecidas. No estado de Mato Grosso, a profissão de enfermagem surgiu paulatinamente, de forma insegura, mas em pouco tempo ganhou espaço, e profissionais de qualidades foram surgindo.-

A cidade escolhida para o presente estudo, apesar dos limitados dados históricos, revelou-nos que o início da prática do cuidado em Sinop/MT se assemelhou à trajetória histórica da enfermagem.

Houve certa dificuldade no desenvolvimento deste trabalho, pois a escassez de literaturas foi evidente, e, após pesquisas e conversas informais, poucos materiais que pudessem contribuir para o estudo foram encontrados. Apesar das dificuldades não poderíamos deixar de descrever sobre um desenvolvimento histórico tão marcante, envolvendo o trabalho das primeiras profissionais e das primeiras instituições de saúde em Sinop/MT.

Após a análise das entrevistas, juntamente com a ideia de diversos autores, foi possível visualizar uma mudança na forma pessoal e profes-

sional da enfermagem. O que antes era visto como dom, praticado apenas por pessoas que se sentiam enviadas para essa atividade, passou a ser considerado como uma profissão comum, em que o foco principal era a qualidade e o piso salarial.

REFERÊNCIAS

ACKER, J. I. B. V. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, local, v. 59, n. 5, p. 647-51, set-out/2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a10.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2012.

ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 96-8, jan-fev/2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a18v60n1.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

BACKES, D. S. et al. Principais razões que motivam os candidatos de nível técnico a uma vaga na profissão de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.10, n. 1, p. 75 – 80, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012.

BORENSTEIN, M. S. et al. Historicizando a enfermagem e os pacientes em um hospital psiquiátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), n. 56, p. 201-205, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a19v56n2.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Resolução 1996/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 3 dez. 2011.

COBERLLINI, V. L. Fragmentos da História de Enfermagem: um saber que se cria na teia do processo da submissão teórica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, p. 172-7, 2007. **NET**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a08v60n2.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

DATASUS. Tecnologia da Informação a serviço do SUS. **Caderno de Informação de Saúde Mato Grosso – Sinop**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mt.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Revista Enfermagem em Foco**, n. 3, p.178-181, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/379>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

GENTIL, C. R. O Enfermeiro Não Faz Marketing Pessoal: A história explica por quê? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.6, p. 916-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a19v62n6.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm1>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 75 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://www.cds.ufsc.br/nucidh/teses/dissertacao_marilu.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2012.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 45, p. 953-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n4/v45n4a23.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

OGUISSO, T. Responsabilidade Ético-Legal do enfermeiro. In: OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed., São Paulo. Manole LTDA. 2007.

PEREIRA. M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm., v. 59, n. 4, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a14v59n4.pdf>>. Acesso em: 18 de novembro de 2012.

SANTOS, F. E. L. Raízes da Saúde. In: SANTOS, F. E. L. **Raízes Históricas de Sinop**. ed. 1, Sinop. Midiograf, 2011.

SOUZA, N. V. D. O. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 356-61, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a10.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E QUALIDADE DE VIDA DE UM PACIENTE RENAL CRÔNICO: UM ESTUDO DE CASO

Juliana Cristina Magnani Primão²
Karenine Maria Holanda Cavalcante³
Ana Maria Nunes da Silva⁴
Raquel Santos Brito⁵
Jaqueline Patrícia Siqueira⁶
Pacífica Pinheiro Cavalcanti⁷

Introdução

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada por um comprometimento progressivo e irreversível da função homeostática dos rins associado a distúrbios na composição dos líquidos orgânicos (BUJA; KRUEGER, 2007).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a doença já atinge 11% da população mundial e cerca de 90% das pessoas não sabem que têm o problema. No Brasil, cerca de 700.000 brasileiros desconhecem que possuem problemas renais. Com isso, apenas 70 mil

2 Enfermeira. Mestre em Educação. Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil. E-mail: julianaprimao@hotmail.com

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Sergipe. *Campus* Universitário de Lagarto - SE, Brasil.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente II, Universidade Federal do Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

5 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Professora Temporária da Universidade Federal do Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

6 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop.

7 Enfermeira. Doutora em Farmacologia. Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil. E-mail: pacificapinheiro@gmail.com

pessoas estão em terapia dialítica, mas pelo menos 150 mil deveriam ser submetidos a este tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2008).

A qualidade de vida destes pacientes pode ser entendida como a percepção do indivíduo em relação à satisfação ou insatisfação com a vida, o que faz com que o paciente considere estar bem ou não (PEDROSO; SBARDELOTTO, 2008). Entretanto, geralmente o renal crônico percebe sua saúde de modo negativo, porque para essas pessoas, a doença representa uma perda de controle sobre si, alterando todas as suas atividades e vínculos.

Pacientes com alterações da função renal apresentam maior risco de efeitos adversos a medicamentos eliminados por esse órgão, devido à interferência na meia-vida de muitas substâncias, este fato torna-se clinicamente agravante para fármacos com pequeno índice terapêutico.

Sendo assim, o estudo teve como objetivo descrever os aspectos clínicos e analisar as possíveis interações medicamentosas de um indivíduo com insuficiência renal crônica hospitalizado em uma Instituição Hospitalar de médio porte situada no município de Sinop – MT.

Descrição metodológica

A pesquisa trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2010.

O estudo de caso clínico foi realizado após a seleção de uma paciente do sexo feminino, com 38 anos de idade, portadora de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico e medicamentoso, estando no momento da coleta de dados hospitalizada na unidade de clínica médica

de uma Instituição Hospitalar de médio porte situada no município de Sinop - MT. Essa instituição atende pacientes de toda região norte mato-grossense. A escolha de tal paciente se deu pela internação no período da pesquisa e pelo fato de ser uma pessoa jovem, no entanto, visivelmente debilitada pela doença.

Após a concordância da voluntária para a participação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os dados foram coletados em duas etapas sequenciais. Na primeira etapa foram obtidas informações por meio do prontuário, através de roteiro estruturado com perguntas fechadas. Além disso, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com a paciente, composta de perguntas abertas e fechadas.

A coleta de dados ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Julio Müller (CEP – HUJM), sob parecer n. 891, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, respeitando todos os preceitos éticos descritos na Resolução 196/96, determinada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Os dados foram analisados descritivamente e apresentados em quadros.

Descrição do caso

O sujeito integrante do estudo M. R. M. tem 38 anos, sexo feminino, branca e brasileira, natural do estado do Paraná, apresenta estado civil de solteira, mas com união estável há mais de 10 anos. É mãe de um filho adolescente, exerce a profissão de doméstica, porém no momento

da coleta de dados a ocupação era apenas cuidando do seu próprio lar devido às condições de saúde. É analfabeta, moradora de uma cidade no interior de Mato Grosso com o companheiro e o filho em casa própria, sendo que sua renda familiar é de dois salários mínimos.

Aos 22 anos, soube que era portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus do tipo I (DM). Iniciou o tratamento medicamentoso e controle da ingestão de sal e açúcares, sendo acompanhada por vários médicos da atenção primária de sua cidade durante 15 anos. Porém, mesmo com o tratamento o nível glicêmico e a pressão arterial não eram facilmente controlados.

Em 2008, foi ao médico para realizar exames porque começou a sentir cefaléia, vertigem e vômitos, quando foi diagnosticada a Insuficiência Renal Crônica (IRC) e iniciado o tratamento medicamentoso com a potencialização dos fármacos hipotensores e hipoglicemiantes.

Cerca de cinco meses depois, com o insucesso da terapia farmacológica e a progressão da lesão renal, foi encaminhada à Clínica de Tratamento Renal de Sinop – MT (CTR), para uma avaliação com um nefrologista, sendo confirmada a IRC já em fase de falência renal, e indicada a hemodiálise como tratamento renal substitutivo.

Desde então, muitos hábitos e rotinas tiveram que ser mudados. Para realizar as sessões de hemodiálise, a paciente precisou se deslocar aproximadamente 80 km até Sinop, três vezes na semana. O transporte é fornecido pela prefeitura de sua cidade, já que o tratamento da paciente é custeado pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Quando questionada quanto ao conhecimento que possuía a respeito da doença, suas causas e os devidos cuidados para manter a homeostasia, respondeu com a expressão: “Um rim meu não funciona mais,

por isso só fico doente [...] Ah, eu não posso comer carambola o médico disse. O resto eu como de tudo”.

Antes de iniciar a terapia dialítica, mesmo com a hipertensão e o diabetes precoce, a paciente referiu que nunca foi orientada pela equipe de saúde que a acompanhava nesse longo período a procurar um nefrologista, nem foi alertada sobre as possíveis complicações renais decorrentes dessas patologias crônicas. Foi ressaltada somente a possível ocorrência de danos cardiovasculares (IAM - Infarto Agudo do Miocárdio) e cerebrais (AVE - Acidente Vascular Encefálico), e acrescentou que não tinha conhecimento da existência de médico especialista em rins.

Mencionou ter sido hospitalizada com tosse seca, dores fortes nas pernas ao andar, fadiga, vômito, vertigem e diarreia. Na ocasião da entrevista, acrescentou ainda as queixas de muita fraqueza, sentimentos de desânimo, cefaleia e anorexia. Apresentava-se com a coloração da pele pálida, mucosas descoradas, sem edema, com fístula arteriovenosa para hemodiálise em membro superior esquerdo e com outras quatro cicatrizes de fístulas que não tiveram sucesso em outras regiões do corpo. A hipótese de diagnóstico médico inicial foi de pneumonia, mas após a realização de exames laboratoriais e de imagem esta hipótese foi descartada e a causa da internação foi apontada como complicações da própria doença. No período de um ano após a confirmação da doença renal foi hospitalizada 19 vezes, sendo todas as internações relacionadas com a nefropatia.

Além do tratamento dialítico, faz uso de medicamentos contínuos para tratar a hipertensão e o diabetes em âmbito domiciliar: Propranolol 20 mg (uso de manhã), Nifedipino 20 mg (uso de manhã e a noite), Enalapril (uso de manhã e à noite), Ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg (uso ao meio dia), Omeprazol 20 mg (uso de manhã e à noite) e Insulina

regular (uso de 25 UI de manhã e 20 UI à noite). Vale destacar que todos os medicamentos prescritos pela manhã são ingeridos ao mesmo tempo após o jejum.

Os medicamentos em uso no hospital, além dos medicamentos de rotina já citados, são: Complexo B® (às 08 horas); Ácido Fólico (às 08 horas); Dimeticona (às 08, 14, 20 e 02 horas); Bromoprida 10 mg (às 08, 16 e 24 horas); Omeprazol 40 mg (às 16 e 04 horas); Dipirona 2 ml (às 08, 14, 20 e 02 horas); Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 1g (às 12 e 24 horas); Metronidazol 400 mg (às 16 e 04 horas).

Permaneceu hospitalizada durante quatro dias, e neste período a conduta terapêutica foi mantida, sem outros diagnósticos adicionais.

Discussão

Em relação ao diagnóstico da doença renal primária, estudos mostram que as mais frequentes são hipertensão arterial e diabetes, representando, respectivamente 36% e 26% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2008).

Os primeiros sintomas da IRC apresentados pela paciente foram dores de cabeça frequentes, vertigem e vômitos. É fato que são algumas das primeiras evidências a aparecerem como consequência da deterioração renal, ocasionadas pelo acúmulo plasmático de escórias nitrogenadas, principalmente a ureia (PORTH, 2010). E isso pode levar ao surgimento dos sintomas descritos acima.

Somente um médico nefrologista é capacitado para diagnosticar uma IRC e tratá-la devidamente para que a lesão renal evolua de forma lenta e retarde o início da terapia dialítica (FERMI, 2010). Contudo, não

foi a conduta adotada no caso em questão, já que o diagnóstico inicial da doença foi realizado no nível primário da Atenção Básica à Saúde, não sendo um atendimento especializado. A restrição de acesso a médicos especialistas é uma dificuldade encontrada em todas as cidades do interior do estado de Mato Grosso, e por isso nem sempre é possível encaminhar esses pacientes aos serviços de referência.

Não foi possível saber o nível de lesão renal no início da terapia conservadora, que persistiu apenas por cinco meses, mas a paciente relatou não ter sido orientada quanto a mudanças na dieta durante este período. A restrição proteica no início da síndrome tem por finalidade diminuir a produção de catabólitos nitrogenados tóxicos causadores dos sintomas urêmicos e reduzir a velocidade de progressão da doença renal (CUPPARI; DRAIBE; AZJEN, 2010).

Em 15 de junho de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, pela Portaria n. 1168, que determinou que no prazo de noventa dias fossem desenvolvidas estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos ou coletividades (BRASIL, 2004). Percebe-se, na Atenção Primária à Saúde do município de Sinop - MT, uma lacuna relacionada a estratégias que visem à implementação deste programa.

Além da proibição do consumo de carambola, a paciente informou que nenhuma outra orientação nutricional foi realizada. Entretanto, o acompanhamento nutricional especializado é essencial para obtenção de níveis plasmáticos de produtos da depuração do organismo em equilíbrio, evitando as manifestações da síndrome urêmica, presente praticamente em todos os pacientes que possuem IRC e que pode ser fatal

(BRASIL, 2004; CENDOROGLO; DRAIBE, 2001). Cerca de 60% a 80% dos pacientes renais crônicos falecem, devido à ingestão de líquido em excesso e ao consumo de alimentos incompatíveis com sua condição clínica (PEDROSO; SBARDELOTTO, 2008).

A insuficiência renal pode ser entendida como uma síndrome, por acometer o equilíbrio de todos os sistemas orgânicos (CUPPARI; DRAIBE; AZJEN, 2010). Assim, pode-se perceber o nível de debilidade apresentado pela paciente e o impacto que a doença causou em sua vida.

O paciente com insuficiência renal crônica está sujeito a múltiplos estressores fisiológicos e psicossociais, podendo sofrer perdas potenciais e mudanças no estilo de vida (PEDROSO; SBARDELOTTO, 2008).

Os medos, as preocupações, alterações das interações sociais e a redução do nível de atividade influenciam na qualidade de vida do paciente renal crônico. A paciente não tem diagnóstico de depressão, mas os índices de depressão são altos entre os indivíduos em tratamento de hemodiálise, embora, muitas vezes, não seja diagnosticada e tratada (PEDROSO; SBARDELOTTO, 2008).

Além disso, a infecção é uma complicação comum entre os pacientes com IRC, principalmente aqueles submetidos a algum tipo de diálise, levando a um acréscimo do número de internações e óbitos (FERMI, 2010). E verificou-se que em um período de 12 meses, a paciente foi submetida a 17 hospitalizações, sendo que todas as causas foram relacionadas à IRC, e, na maioria delas, infecções respiratórias ou problemas com a fístula arteriovenosa.

Considerando os fármacos utilizados nesse período, foram identificadas algumas interações medicamentosas, descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Interações medicamentosas identificadas no tratamento de M.R.M. e seus efeitos, Sinop - MT, 2010

Medicamento	Interação Medicamentosa	Efeito da interação
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	NII	-
Dipirona	NII	-
Dimeticona	NII	-
Bromoprida	NII	-
Complexo B®	NII	-
Ácido Fólico	NII	-
Enalapril	Nifedipino	Os bloqueadores dos canais de cálcio podem aumentar o efeito anti-hipertensivo dos inibidores da ECA.
-	AAS	O AAS pode diminuir o efeito anti-hipertensivo dos inibidores da ECA.
Nifedipino	Metronidazol	O Metronidazol é um inibidor enzimático e pode aumentar o efeito anti-hipertensivo do Nifedipino.
Insulina	Propranolol	Hipoglicemia prolongada e glicogenólise diminuída.
-	Enalapril	Hipoglicemia em diabéticos e não diabéticos.
AAS	Propranolol	O AAS pode reduzir ou anular o efeito hipotensor do Propranolol.
Propranolol	Nifedipino	Os bloqueadores dos canais de cálcio podem aumentar o efeito hipotensor do Propranolol, causar bradicardia e sinais de insuficiência cardíaca.
-	Omeprazol	O Omeprazol é um inibidor enzimático e pode aumentar os efeitos hipotensores e bradicárdicos do Propranolol.
-	Enalapril	Diminuição das concentrações séricas do Enalapril.

NII: Nenhuma Interação Identificada.

O primeiro problema identificado na administração medicamentosa está relacionado à utilização do Omeprazol após as refeições, contradizendo as suas recomendações de uso 30 minutos antes da alimentação. Isso por que o Omeprazol é um inibidor da bomba de prótons. Quando administrado via oral é absorvido e, do sangue, entra nas células parietais e depois nos canalículos, inibindo a bomba de sódio e potássio, reduzindo a secreção ácida gástrica estimulada por alimentos. Se a administração ocorrer após o consumo de alimentos, a sua ação terapêutica é reduzida (SILVA, 2006).

O segundo está relacionado ao uso do Enalapril após as refeições. O medicamento não deve ser ingerido com alimentos, pois estes interagem na absorção do fármaco, reduzindo sua biodisponibilidade e conseqüentemente seu efeito hipotensor (DALE; RANG; RITTER, 2007).

Entende-se que a associação entre Enalapril e Nifedipino, Nifedipino e Metronidazol, assim como, Propranolol e Omeprazol, pode acarretar potencialização do efeito hipotensor e bradicárdico destes medicamentos. Apesar de a paciente não apresentar o efeito adverso de interação farmacológica no momento da hospitalização, este pode ocorrer a qualquer momento no domicílio, onde não conta com auxílio de profissionais da saúde para reverter tal sintoma.

O uso em combinação destes medicamentos pode ter sido intencional, para induzir uma interação farmacológica sinérgica, potencializando o efeito hipotensor pela associação de diferentes mecanismos de ação, visto que a pressão arterial desta paciente não era facilmente controlada. Apesar disso, não se descarta a possibilidade de ocorrência do efeito hipotensor acentuado.

O uso de Propranolol e Enalapril em horários iguais pode diminuir as concentrações séricas do Enalapril, porque o Propranolol reduz a concentração orgânica da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA), e acarreta uma diminuição do efeito hipotensor do Enalapril, fazendo com que durante o dia ocorra uma redução do efeito anti-hipertensivo, já que a noite o Propranolol não é utilizado.

O efeito mais importante está relacionado ao uso de Propranolol e Nifedipino, porque os bloqueadores dos canais de cálcio podem aumentar o efeito hipotensor do Propranolol, causar bradicardia e sinais de insuficiência cardíaca. O Censo da SBN divulgou que 10,4 % dos portadores de IRC possuem a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) como comorbidade e 36,9% dos renais crônicos morrem por complicações cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2008). Dessa forma, este efeito de interação farmacológica merece uma atenção particular.

A hipoglicemia é outro efeito marcante resultante da associação entre Insulina e Propranolol ou Insulina e o Enalapril. A hipoglicemia pode desenvolver uma série de sinais e sintomas, como suor excessivo, palpitações, nervosismo, tremores, tontura, náuseas e que podem evoluir para convulsões e estado de coma, podendo ser confundidos com as manifestações da IRC descompensada (BARE et al., 2008), fato que também pode ocorrer no domicílio, pois não há ajuda de profissionais ou mesmo familiares, já que a mesma passa a maior parte do dia sozinha.

Considerações finais

Os pacientes com insuficiência renal crônica estão submetidos a uma grande quantidade de influências externas e internas que colocam em risco a integridade psicológica e física do indivíduo.

As interações medicamentosas observadas entre os treze medicamentos em uso foram entre fármacos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e protetores gástricos, com propensão para hipotensão, bradicardia, insuficiência cardíaca e hipoglicemia, com risco aumentado para ocorrência em domicílio.

Destaca-se, neste estudo, a necessidade de estratégias no nível da Atenção Básica à Saúde para prevenção da doença ou retardo no aparecimento da lesão renal em pacientes considerados de risco para IRC, avaliando todas as suas implicações econômicas e sociais.

Além disso, verificou-se uma falha no cuidado integral ao indivíduo, realizado pelos profissionais de saúde, em especial, enfermeiros, acarretando a redução da qualidade de vida e colocando em risco a segurança da paciente.

REFERÊNCIAS

BARE, B. G. et al. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1168/GM, de 15 de junho de 2004 - institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 10 nov. 2010.

BUJA, L. M.; KRUEGER, G. R. F. **Atlas de Patologia Humana de Netter**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CENDOROGLO, M.; DRAIBE, S. A. **Tratamento conservador da insuficiência renal crônica**. Universidade Federal de São Paulo, Hospital do Rim e Hipertensão, Fundação Oswaldo Ramos São Paulo. 2001 Disponível em: <[http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed2/rdt%206\(2\)17_23.pdf](http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed2/rdt%206(2)17_23.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2010.

CUPPARI, L.; DRAIBE, A. S.; AZJEN, H. **Nutrição no paciente com insuficiência renal crônica**. 2010. Disponível em: <<http://www.virtual.unifesp.br/cursos/enfnegro/restrito/download/nutpacinsufrenal.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2010.

DALE, M. M.; RANG, P. H.; RITTER, J. M. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FERMI, M. R. V. **Diálise para Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo Brasileiro de Diálise SBN**. 2008. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/censos/censos_anteriores/censo_2008.pdf>. Acesso em: 28 out. 2010.

PEDROSO, R. S.; SBARDELOTTO, G. Qualidade de Vida e Suporte Social em Pacientes Renais Crônicos: Revisão Teórica. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. 2008 Fev.; v. 4, n. 7, p. 32-35.

SILVA, P. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PORTH, C. M. **Fisiopatologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

**O IMPACTO DA HEMODIÁLISE NAS ATIVIDADES DE VIDA DOS PACIENTES DA
CLÍNICA DE TRATAMENTO RENAL SEGUNDO O MODELO DE ENFERMGEM
ROPER-LOGAN-TIERNEY**

*Juliana Pimentel Silva¹
Micéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho²
Karenine Maria Holanda Cavalcante³
Maria Conceição Filgueiras Ferraz Araújo⁴*

Introdução

As funções de excreção, regulação e secreção realizadas pelo Sistema Renal mantêm com exatidão um ambiente químico interno do organismo. Uma compreensão completa da fisiologia renal, é necessária para planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem apropriados para os pacientes saudáveis e para aqueles com disfunções urinárias e renais (FERMI, 2010).

Um elevado contingente de pessoas é acometido pelas mais diversas morbidades que atingem o Sistema Renal. Algumas apresentam doenças de base como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), uma vez que são as doenças que mais comprometem a função renal submetendo muitos pacientes à diálise, e sobretudo quando

1 Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Universitário de Sinop.

2 Enfermeira. Mestre em Educação. Professora Adjunta I, Universidade Federal de Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop, MT, Brasil.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I, Universidade Federal de Sergipe. *Campus* Universitário de Lagarto - SE, Brasil.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus-BA, Brasil.

não tratadas de maneira correta, podem levar à falência total do funcionamento renal. Vale ressaltar que a HAS é o diagnóstico de base para 35,2% dos pacientes em diálise. E o diagnóstico de DM fica para 27,5% desses pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Dentre as morbidades que atingem o Sistema Renal, destacamos a Doença Renal em Estágio Terminal (DRET), por entendermos que tal patologia compromete todos os sistemas corporais e constitui-se um fator de risco elevado para óbito.

O conceito de doença renal crônica deixa evidente que os danos progressivos nos rins reduzem gradualmente a sua capacidade de remover a água em excesso e os resíduos do sangue, assim essas substâncias que deveriam ser excretadas começam a se acumular no organismo causando eventos adversos ao indivíduo. Em muitos casos a função renal é reduzida a mais de 60% antes de iniciar o acúmulo de dejetos. A consequência é a perda total da função renal, sendo esta irreversível. Após a comprovação do diagnóstico, o paciente é encaminhado às sessões de diálise ou transplante renal (ROSENBLATT, 2008). Corroborando com tal afirmativa, Romão Junior (2004) resalta que níveis séricos de ureia e creatinina elevados correspondem a uma taxa de filtração glomerular irregular, e caracteriza perda da capacidade funcional do Sistema Renal.

A incidência e a prevalência da Insuficiência Renal Crônica (IRC) têm aumentado progressivamente, a cada ano, em “proporções epidêmicas”, mesmo com o tratamento dialítico. Em 2000, foram identificados 9.481 óbitos por DRET. Isso significa um número de mortalidade superior ao câncer de colo de útero, esôfago, cólon e reto, próstata e mama (SESSO, 2002).

Nos casos em que a perda da função renal é irreversível, o paciente é submetido às terapias de hemodiálise ou diálise peritoneal, e na maioria das vezes o tratamento deve ser feito para o resto da vida, caso não haja possibilidade de ser submetido a um transplante renal.

A cada ano cerca de 20 mil brasileiros precisam iniciar tratamento dialítico. Raros são aqueles que conseguem ter pelo menos uma parte do funcionamento dos rins recuperada o bastante para voltarem a ser independentes da diálise, e poucos têm a sorte de receber um transplante renal. Portanto, a maioria é submetida às sessões de hemodiálise, através da qual, a máquina dialisadora é responsável em realizar as funções que o rim danificado outrora realizara. São elas: a) formação da diurese; b) eliminação de toxinas do sangue; c) regulação da formação do sangue através da liberação da eritropoetina; d) regulação da pressão sanguínea; e) controle do balanço químico, de líquidos e eletrólitos do corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A hemodiálise é o processo artificial pelo qual o sangue é filtrado. Tem como objetivo substituir a função renal caso ela esteja limitada, devido à insuficiência renal crônica e em alguns casos de insuficiência renal aguda. Neste caso há uma máquina dialisadora e o sangue do paciente é exposto a uma solução ácida e básica conhecida como dialisato, e através do processo de difusão e ultrafiltração as moléculas de água, as toxinas e os solutos presentes nas duas soluções (sangue e dialisato) passam pela membrana semipermeável, ocorrendo a filtração (FERMI, 2010).

Para que esse processo de hemodiálise aconteça com maior eficiência, é necessário que o paciente em terapia renal substitutiva tenha uma via de acesso vascular de grosso calibre. Dentre os tipos de acesso se destaca a Fístula Arteriovenosa (FAV) realizada através de um procedi-

mento cirúrgico, e se constitui um acesso definitivo, e o cateter de duplo lúmen que é uma via de acesso central e temporária (FERMI, 2010).

O estudo realizado por Machado e Car (2003), em uma unidade de Nefrologia em Fernandópolis, mostra que a condição crônica e o tratamento dialítico são fontes de estresse e representam desvantagens por ocasionarem problemas como: isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, mudanças de ambiente, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer.

Logo, o presente estudo buscou analisar quais as implicações que o tratamento hemodialítico tem nas atividades de vida dos pacientes em tratamento na Clínica de Tratamento Renal (CTR)¹ de Sinop, seguindo o primeiro componente do Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney, que são as Atividades de Vida (ALs).

Percurso metodológico

O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney é frequentemente utilizado para avaliar como o processo saúde-doença interfere nas Atividades de Vida (ALs). A fácil compreensão do mesmo permite ao enfermeiro um melhor entendimento da realidade com que vai lidar. Tal modelo envolve cinco componentes: atividades de vida (ALs), duração da vida, *continuum* dependência/independência, fatores que influenciam nas atividades de vida e enfermagem individualizada (CAVALCANTE,

¹ A CTR de Sinop realiza serviço de Terapia Renal Substitutiva (TRS), de natureza privada, credenciada junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), proporciona atendimento ao município de Sinop e microrregião Teles Pires.

2007). As atividades de vida (ALs) é o primeiro componente deste modelo e abordado nesta pesquisa por facilitar compreensão da realidade dos pacientes em terapia de hemodiálise. Dentro do primeiro componente, atividades de vida temos doze atividades que perfazem o principal conceito deste modelo. São estas: 1. manter um ambiente seguro, 2. comunicar, 3. respirar, 4. comer e beber, 5. eliminar, 6. higiene pessoal e vestir-se, 7. controlar a temperatura do corpo, 8. mobilizar-se, 9. trabalhar e distrair-se, 10. exprimir sexualidade, 11. dormir, 12. morrer. Tais atividades estão interligadas e toda alteração que ocorre no ser humano gera desequilíbrio entre as ALs.

Trata-se de um trabalho do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, pois nesse tipo de pesquisa os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2005). A pesquisa foi realizada no serviço de hemodiálise da CTR em um município do Centro-oeste brasileiro, e optou-se pelas entrevistas para coleta de dados.

Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes em terapia de hemodiálise na CTR, no turno matutino e vespertino que aceitaram participar da pesquisa, perfazendo um total de 56 entrevistas. Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que dormiam no momento da diálise, os impossibilitados de falar (afasia) devido a seqüela de acidente vascular encefálico (AVE), e os que estavam em unidade de terapia intensiva (UTI) no momento da coleta de dados. Os dados foram colhidos ao longo dos meses de março e abril de 2012.

Utilizou-se um roteiro semi-estruturado para a realização da coleta de dados. As informações foram colhidas por meio do diálogo entre as pesquisadoras e os sujeitos. A fim de manter o sigilo da identidade dos indivíduos, os entrevistados foram caracterizados por meio da codifica-

ção numérica de 1 a 56, conforme a ordem das entrevistas. A análise dos dados foi feita por meio da técnica de estatística descritiva. No momento das entrevistas, foi importante proporcionar aos pacientes um ambiente confortável, o que favoreceu a veracidade dos dados. O roteiro da entrevista se baseou no que defende o Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney.

Para melhor apresentação dos dados, estes foram organizados em três grandes grupos, elencados a seguir:

- a) O primeiro grupo corresponde à primeira atividade de vida, **Ambiente Seguro** o qual engloba os itens Mudança de hábito e Complicações orgânicas.
- b) O segundo perfaz as **Atividades Diárias** do indivíduo, que inclui os itens: comunicar, higiene pessoal e vestir-se, trabalhar e distrair-se, exprimir sexualidade, morrer.
- c) O terceiro reúne as **Atividades Orgânicas**, sendo estas: respirar, comer e beber, eliminar, controlar a temperatura do corpo, mobilizar-se, e por fim dormir.

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos descritos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que determinam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL,2013). Foi realizada após autorização da CTR de Sinop, e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), através do Parecer n. 040/2012. Logo, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussões

Horta (1979) defende que as necessidades humanas básicas (NHB) são comuns a todos os seres humanos, contudo, inúmeros fatores interferem nas atividades de vida e o ciclo saúde-enfermidade é um deles. Sendo assim, torna-se indispensável desvelar os aspectos que mais sofrem alterações quando o paciente é submetido ao tratamento dialítico, o qual pode ser considerado como fonte de estresse e de modificações nas atividades de vida.

O primeiro elemento do modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney aborda as necessidades humanas básicas dos indivíduos, nomeadas por atividades de vida. Tal modelo prevê que algumas esferas que envolvem a vida do indivíduo, são determinantes para o desenvolvimento do ciclo saúde-doença (CAVALCANTE, 2007).

Optou-se pela apresentação dos dados em tabela, por esta ser uma metodologia que melhor representa o fenômeno que se deseja destacar.

Conforme exposto na Tabela 1, identificou-se que a maior parte dos pacientes pertencia ao sexo masculino 53,57%, e 46,43% ao sexo feminino. A idade dos entrevistados variou e a maior parte 28,58 tinha entre 40 e 49 anos. Com relação à frequência das sessões, 98,22% dos pacientes fazem hemodiálise 3 vezes por semana, e apenas 1,78% faz terapia 4 vezes por semana, sendo que essa frequência pode variar de acordo com a necessidade de cada indivíduo o que é avaliado e determinado pelo profissional médico. Os dados mostraram que um total de 28,57% dos pacientes se deslocavam de seus municípios para realização do tratamento dialítico e 71,43% desse percentual que totalizava 56 pacientes residiam em Sinop.

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa dos dados de identificação dos pacientes da Clínica de Tratamento Renal de Sinop, 2012

DADOS		FREQUÊNCIA	
		n=56	%
Sexo	Masculino	30	53,57
	Feminino	26	46,43
Total		56	100
Idade	20 – 29	2	3,57
	30 – 39	6	10,71
	40 – 49	16	28,58
	50 – 59	15	26,79
	60 – 69	14	25,00
	70 – 79	2	3,57
	80 – 89	1	1,78
	Total		56
Deslocamento para tratamento	Residem em Sinop		
	Se deslocam de outro município	16	28,57
Total		40	71,43
Frequência das Sessões	3x/semana	55	98,22
	4x/semana	1	1,78
Total		56	100
Tipos de Acesso para Hemodiálise	Cateter	12	22,32
	Fístula	44	77,68
Total		56	100

Fonte: Dados coletados junto aos pacientes em tratamento Dialítico na Clínica de Tratamento Renal. Sinop – 2012.

Em 77,68% dos casos a fístula é a via de acesso mais utilizada na hemodiálise, sendo que o cateter 22,32% é a opção de escolha enquanto espera-se a maturação da fístula e nos casos em que a mesma não está em condições de uso por rompimento. Esse dado corrobora com o que Kusumoto et al. (2008) levantaram em um estudo realizado em Ribeirão Preto, com pacientes portadores de IRC. Na pesquisa em questão os autores mostraram que a maioria dos pacientes usava a fístula 96,9% como via de acesso para terapia de hemodiálise. A escolha da via de acesso para diálise está dire-

tamente relacionada com o tempo de tratamento de cada indivíduo, uma vez que o acesso central é usado temporariamente, enquanto seja providenciada a confecção da fístula arteriovenosa e aguarde a maturação da mesma ou em casos em que a fístula parou de funcionar e este não apresente condições fisiológicas de submeter a um novo procedimento para realização da fístula.

O tempo de tratamento levou entre uma semana a 96 meses, sendo que a média desse período foi de 31,78 meses conforme descrito na Tabela 2. Na mesma pesquisa supracitada, Kusumoto et al. (2008) destacam que o tempo de tratamento por hemodiálise variou entre 6 e 269 meses, sendo a média de 30 meses. Trata-se de um dado relevante pelo fato de algumas atividades comprometidas sofrerem influência pelo tempo de tratamento de hemodiálise, tais como: trabalho, afazeres domésticos, atividades recreativas e cuidados pessoais.

Tabela 2 – Média do tempo de tratamento dos pacientes da Clínica de Tratamento Renal de Sinop, 2012

Nº DE PACIENTES	TEMPO (Meses)	MÉDIA
1	0,25*	
1	1	
2	2	
4	3	
3	4	
3	5	
1	6	
1	7	
3	8	
1	9	
1	10	
4	12	
6	24	
7	36	
5	48	
6	60	
4	72	
3	84	
1	96	
Total: 56	1.780,25	31,78
RESULTADO:		

Fonte: Dados coletados junto aos pacientes em tratamento Dialítico na Clínica de Tratamento Renal. Sinop – 2012.

*Tempo: 1 semana.

A tabela 3, a seguir, ilustra os respectivos diagnósticos de base levantados no estudo. Sabe-se que algumas patologias são consideradas fatores de risco extremamente relevantes para o desenvolvimento de IRC. Outro fato igualmente importante diz respeito às complicações oriundas de tal condição mórbida. Como diagnóstico de base para o desenvolvimento da IRC, houve maior prevalência de HAS com um número correspondente a 44,65% dos pacientes entrevistados, sendo que 19,65% dos pacientes eram portadores de HAS e DM concomitantemente. Os que desconheciam a causa da IRC faziam parte de 10,72% dos casos. A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) foi a causa de 7,15% pacientes iniciarem a terapia. Atrofia Renal e Deformidades Congênitas tiveram o mesmo índice de acometimento, ou seja, 5,35%. Rins Policísticos apareceram em 3,57% pacientes, enquanto Glomerulonefrite e o Lúpus Eritematoso Sistêmico obtiveram os mesmos índices, com apenas 1,78% dos casos.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa dos Diagnósticos de Base identificados nos pacientes da Clínica de Tratamento Renal de Sinop, 2012.

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	FREQUÊNCIA n=56%	
Hipertensão Arterial	25	44,65
Hipertensão e Diabetes	11	19,65
Desconheciam a causa da IRC	6	10,72
Insuficiência Cardíaca Congestiva	4	7,15
Atrofia Renal	3	5,35
Deformidades Congênitas	3	5,35
Rins Policísticos	2	3,57
Glomerulonefrite	1	1,78
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1	1,78
TOTAL	56	100

Fonte: Dados coletados junto aos pacientes em tratamento Dialítico na Clínica de Tratamento Renal. Sinop – 2012.

Um estudo realizado por Higa et al. (2008) mostrou que 20% dos pacientes desconheciam o fator desencadeante da IRC. Muitos deles desconheciam a doença, bem como os fatores de risco, os quais deviam ser abordados e tratados em unidades básicas de saúde. Isso nos comprova que a IRC é uma doença silenciosa, e quando os sinais e sintomas começam a aparecer, na maioria das vezes, a lesão já é irreversível. Segundo a pesquisa os diagnósticos de base mais relatados foram: glomerulonefrite (20%), nefrite (17,5%), HAS (15%), rim policístico (15%), HAS e DM (5%) associadas. As patologias lúpus eritematoso, síndrome de Aport e atrofia renal obtiveram porcentagens menores.

A doença renal é considerada um importante problema na saúde pública, devido ao aumento da incidência e prevalência na população. Este avanço no acometimento pela IRC pode estar relacionado ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas como HAS e DM (KUSUMOTO, 2008).

Passaremos agora a expor os dados referentes às atividades de vida conforme o modelo de Hoper-Logan-Tierney, o qual apresenta cinco componentes: Atividades de Vida (ALs); Duração da Vida; Continuum dependência/independência; Fatores que influenciam as atividades de vida; e Enfermagem individualizada. Destacou-se o primeiro componente (ALs), através do qual, desenvolveu-se a pesquisa em questão.

Conforme comentado anteriormente, optou-se por apresentar as ALs em três grandes grupos: **Ambiente Seguro** o qual engloba os itens Mudança de hábito e Complicações orgânicas. O segundo perfaz as **Atividades Diárias** do indivíduo. E o terceiro reúne as **Atividades Orgânicas**.

Os elementos descritos na Tabela 4 dizem respeito ao primeiro elemento das ALs, **Ambiente Seguro**. Este perfaz o primeiro grande grupo e aborda os itens Mudança de hábito e Complicações orgânicas.

O aspecto mudança de município foi relatado em 35,71% dos casos, sendo que 44,64% mudaram de residência. Os que relataram mudança no número de pessoas com quem residiam foram 25% e isso para os entrevistados se constituía como um fato extremamente negativo, uma vez que pelo tratamento havia necessidade de mudança de residência, o que causava a distância dos entes queridos. Entende-se a relevância deste dado, uma vez que o CTR é referência de atendimento na região Norte do Mato Grosso, sendo assim, muitos pacientes precisam se deslocar de seus municípios até Sinop, em viagens longas e cansativas, para realizar a terapia de hemodiálise. Em outros casos, conforme podemos observar nos dados, muitos pacientes mudam-se definitivamente a fim de manterem seus tratamentos. Tal fato gera alterações significativas no convívio familiar e social destes.

Outro fato relevante diz respeito à história familiar de doença crônica. Os entrevistados relataram em 71,42% dos casos que, algum componente da família era portador de HAS e DM. Nesta mesma esteira de argumentos Carreira e Marcon (2003), trouxeram um dado levantado ao realizarem um estudo com pacientes em tratamento dialítico e suas famílias. Constatou-se no presente estudo que em 75% das famílias desses pacientes, algum membro era portador de doenças crônicas como HAS, DM e cardiopatias, além do indivíduo em tratamento.

Ainda de acordo com os dados coletados e dispostos na tabela 4, as alterações visuais e auditivas estiveram presentes em 39,28% dos indivíduos. Uma pesquisa realizada com pacientes em diálise em Ribeirão Preto por Kusumota (2005) mostrou que os transtornos visuais estive-

ram presentes em 74,74% dos pacientes pesquisados, e em 25,77% dos indivíduos constatou perdas auditivas.

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa dos dados referente ao primeiro grande grupo: Ambiente Seguro. Sinop, 2012.

AMBIENTE SEGURO		FREQUÊNCIA	
		n=56	%
Mudança de Hábito	Mudança de Cidade	20	35,71
	Mudança de Residência	25	44,64
	Alteração N ^o pessoas que residia	14	25,00
Fator externo, sinais e sintomas	Casos de HAS e DM na família	40	71,42
	Alterações visuais e auditivas	22	39,28
	Dor	33	58,92
	Tontura	43	76,78
	Náusea	42	75,00
	Adoece com mais facilidade	41	73,21
	Triste/deprimido	40	71,42
	Irritado	38	67,85
	Ansioso	48	85,71

Fonte: Dados coletados junto aos pacientes em tratamento Dialítico na Clínica de Tratamento Renal. Sinop – 2012.

As queixas de dores estiveram presentes em 58,92% dos casos. 39,28% dos indivíduos relataram tontura, náusea 75% e os que adoecem com facilidade 73,21%. Tal fato parece estar ligado à condição mórbida em que se encontravam os pacientes, bem como ao tratamento em que eram submetidos. Kusumoto et al.(2008) mostraram na pesquisa que as queixas foram de dor em 54,6%; câimbras em 71,1%; fraqueza em 54,6%; prurido em 51,5%; hipotensão arterial durante a hemodiálise em 54,6%; anemia em 89,7% e perda auditiva em 48%.

Sentiam-se tristes e deprimidos 71,42% dos entrevistados deste estudo, irritados 67,85% e os ansiosos eram 85,71%. Kusumoto et al. (2008) afirmam que a doença renal causa incapacidades físicas e emocionais o que resulta em frustrações na vida dos pacientes.

Os indivíduos acometidos pela IRC encaram o tratamento de hemodiálise como uma fonte de estresse, responsável por transformações impostas de forma dolorosa, e este fato dificulta o relacionamento paciente-sociedade-família.

O segundo grande grupo reúne as **Atividades Diárias** conforme descrito na Tabela 5. O item Comunicar destacou que apenas 5,35% dos pacientes estudavam antes de iniciar o tratamento de hemodiálise e 3,57% continuaram os estudos mesmo com as dificuldades impostas pela terapia. Deve-se levar em consideração o fator idade, pois como mencionado anteriormente, na maioria dos casos a IRC acomete indivíduos entre 40 e 69 anos, os quais não se encontram em vida escolar ativa.

Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa dos dados referente ao segundo grande grupo: Atividades Diárias do modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. Sinop, 2012.

ATIVIDADES DIÁRIAS		FREQUÊNCIA	
		n=56	%
Comunicar	Estudava antes	3	5,35
	Ainda estudam	2	3,57
	Dificuldade expressar os sentimentos	10	17,85
	Relacionamento família – Melhor	26	46,42
	Relacionamento família – Pior	12	21,42
Higiene pessoal e Vestir-se	Ajuda para o banho	5	8,92
	Ajuda para escovar dentes	2	3,57
	Ajuda para vestir-se	5	8,92
	Mudou jeito de vestir	8	14,28
Trabalhar e Distrair-se	Trabalhava antes	49	87,50
	Hoje ainda trabalham	2	3,57
	Mudanças amizades – quantitativa	15	26,78
	Mudanças amizades – quanti/quali	28	50,00
	Mudança hábitos religiosos	28	50,00
	Dificuldade para viajar	36	64,28
Exprimir sexualidade	Tinha vida sexual ativa	45	80,35
	Sexualidade foi prejudicada	38	67,85
	Alteração no desejo pelo parceiro (a)	39	69,64
	Mudanças na vaidade	44	78,57
Morrer	Mudou o conceito sobre a morte	34	60,71
	Sente mais medo de morrer	22	39,28
	Medo de ter algum familiar em terapia	49	87,50
	Tem alguma religião	50	89,28
	Mudanças nas crenças religiosas	23	41,07

Fonte: Dados coletados junto aos pacientes em tratamento Dialítico na Clínica de Tratamento Renal. Sinop – 2012.

O percentual de 17,85% dos entrevistados, apontou relatos de dificuldade em lidar com os sentimentos. O relacionamento familiar mudou para melhor em 46,42% dos casos, e 21,42% para pior, sendo que tais mudanças se referem aos aspectos de tratamento entre membros, disponibilidade para ajudar o paciente com as questões ligadas à terapêutica etc. Carreira e Marcon (2003) enfatizam que grande parte dos indivíduos e suas famílias relatam que a mudança na rotina do paciente leva a restrições impostas a toda a família, desde a alimentação até a quantidade e qualidade dos programas de lazer.

Com relação à higiene pessoal e vestir-se 8,92% são ajudados durante o banho, 3,57% precisam de ajuda para escovar os dentes, 8,92% não conseguem se vestir sozinhos e 14,28% mudaram o jeito de vestir devido a presença da fístula, uma vez que esta gera alterações estéticas que, segundo os pacientes, provocam sentimentos como vergonha, curiosidade e estigma. Na questão trabalhar e distrair-se, 87,5% trabalhavam antes de iniciar a hemodiálise, e somente 3,57% ainda trabalham. A pesquisa de Kusumoto et al. (2008) evidenciou que 29,4% dos pacientes ainda trabalhavam e a maioria, 70,6% deixou de trabalhar devido às restrições impostas pela hemodiálise.

As dificuldades na vida ocupacional ocorrem devido ao tempo que deve ser destinado ao tratamento, uma vez que, os pacientes muitas vezes, realizam as sessões terapêuticas de 3 a 4 vezes por semana, conforme colocado na tabela 1, bem como, em muitos casos precisam se deslocar de seus municípios para realização da terapia em unidades de referência, como é o caso específico da CTR de Sinop. Tal cenário faz com que muitos pacientes se encontrem atualmente na condição de dependência do auxílio doença ou aposentados, o que para eles se caracteriza como, muitas vezes, uma

condição de invalidez, fato este que suscita sentimentos negativos e de frustração pessoal.

As amizades tiveram apenas prejuízo quantitativo em 26,78% dos casos, pois os sujeitos relataram que alguns de seus amigos “cortaram relações” definitivamente. Outra parte, 50% dos pacientes verbalizou que alguns de seus amigos mudaram a maneira de tratá-los delineando as alterações qualitativas nas relações. 23,22% relataram que mantêm todas as relações e amizades mesmo após o diagnóstico IRC. Durante as entrevistas os pacientes queixaram-se acerca de não terem a mesma disposição para sair de casa e programar atividades de lazer com os amigos, conforme faziam antes de iniciarem a hemodiálise. Além disso, o tempo destinado à terapia não contribui para que sejam realizados programas entre amigos.

As alterações nos hábitos religiosos foram identificadas em 50% dos indivíduos devido à indisposição para sair de casa, acarretada pelo mal-estar e cansaço. 64,28% se queixaram de dificuldade para viajar. Segundo Carreira e Marcon (2003), 35,7% dos entrevistados mencionaram a diminuição de passeios e atividades de lazer. Sendo assim, é necessário que o indivíduo abra mão de certos momentos de descontração com os amigos, o que gera frustração e os deixam distantes das pessoas que gostam. Essas alterações foram referendadas por Velloso (2000), ao realizar um estudo com pacientes em TRS. O autor coloca que todos os indivíduos referiam perda da saúde acompanhada por alterações significativas como diminuição do vigor físico, restrição de algumas atividades como, limpar a casa e trabalhar, perda do emprego e dos laços sociais.

O quesito expressão da sexualidade evidenciou que 80,35% dos indivíduos tinham vida sexual ativa, e destes 67,85% relataram alguma alteração na sexualidade. A influência da hemodiálise nas diminuição do desejo pelo (a) companheiro (a) foi de 69,64%. A vaidade teve alteração

em 78,57% dos entrevistados. Segundo Trentini et al. (2004), 42,3% dos pacientes são insatisfeitos com a função sexual. Tal evento está ligado ao acúmulo de dejetos no organismo o que interfere diretamente com o desejo e desempenho sexual e deve ser considerado relevante ainda, o fator idade, uma vez que a IRC acomete diversas faixas etárias e vem atingindo uma população jovem em idade produtiva, causando desarmonia entre os parceiros.

Sobre morrer, 60,71% mudaram seu conceito em relação à morte. Os que sentem mais medo da morte são 39,28%. Foram 87,5% os que relataram ter medo que algum familiar necessite de terapia de hemodiálise. 89,28% afirmaram ter alguma religião e 41,07% tiveram mudanças nas crenças religiosas após início do tratamento. Segundo Higa et al. (2008) os pacientes entrevistados demonstraram sentimentos de esperança, que estavam diretamente ligados à crença em um ser superior e na realização do transplante renal, o que revela expectativas positivas mesmo perante às condições impostas pela doença crônica. Vale ressaltar que nem todos os entrevistados responderam à totalidade das questões.

A IRC e seu tratamento geram incapacidades físicas e emocionais, as quais limitam a realização das atividades diárias, tais como: subir escadas, caminhar, tomar banho e, vestir-se e trabalhar, dentre outras. Sendo que também interfere na vida social e íntima de cada indivíduo, o que impõe um cotidiano monótono e restrito a ser vivenciado por cada paciente.

Ilustrado na Tabela 6, estão elencadas as **Atividades Orgânicas**, as quais perfazem o terceiro grande grupo. A primeira atividade mencionada é respirar, sendo que 35,71% relataram dificuldade em respirar após início da terapia. As queixas de infecções respiratórias foram de 7,14%. Muitos se sentiam mais cansados, em número de 85,7%. Os que fumavam eram 17,85%, e destes, 12,5% abandonaram a prática tabagista.

Tabela 6 – Frequência absoluta e relativa dos dados referente ao terceiro grande grupo: Atividades Orgânicas do modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. Sinop, 2012.

	ATIVIDADES ORGÂNICAS	FREQUÊNCIA	
		n=56	%
Respirar	Tem dificuldade para respirar	20	35,71
	Infecções respiratórias frequentemente	4	7,14
	Se sente mais cansado	48	85,71
	Tem hábitos tabagistas	10	17,85
	Abandonaram a prática Tabagista	7	12,50
Comer e beber	Mudou alimentação	54	96,42
	Mudou ingesta de líquidos	54	96,42
	Distúrbios gastrointestinais	20	35,71
Eliminar	Mudança hábitos de micção	52	92,85
	Mudança hábitos de evacuação	26	46,42
Controlar a temperatura do corpo	Tem termômetro em casa	16	28,57
	Cuidado com a temperatura do corpo	9	16,07
	Tem febre com frequência	7	12,50
	Tem infecções frequentes	3	5,35

Mobilizar-se	Sente edema em membros inferiores	41	73,21
	O edema dificulta as atividades de vida	33	58,92
	O cateter dificulta as atividades de vida	13	23,21
	A fístula dificulta as atividades de vida	52	92,85
	Precisa ajuda: caminhar/ subir escadas/alimentar	7	12,50
Dormir	Tem dificuldade para dormir	36	64,28
	Sente-se descansado quando acorda	32	57,14
	Dormia como antes da hemodiálise	44	78,57

Fonte: Dados coletados junto aos pacientes em tratamento Dialítico na Clínica de Tratamento Renal. Sinop – 2012.

Trentini et al.(2004) mostraram em sua pesquisa que em um contingente de 51 pesquisados, 13 pacientes continuaram a fumar mesmo em terapia de hemodiálise. Além do mais, a IRC já é responsável por várias alterações respiratórias que são consequências do acúmulo de dejetos e líquidos no organismo e de uma função cardiovascular comprometida. Vale ressaltar que a prática tabagista favorece significativamente o agravamento deste quadro uma vez que o tabaco é responsável pela liberação de catecolaminas que por sua vez contribui para a vasoconstrição dos alvéolos pulmonares e conseqüentemente uma troca gasosa insuficiente. É relevante mencionar também o fato de que o tabaco é responsável pela liberação de monóxido de carbono (CO) que se liga mais facilmente à hemoglobina, o que resulta em uma menor capacidade da hemoglobina em carrear o oxigênio (O₂), causando uma diminuição na oferta de O₂ o que afeta o funcionamento dos tecidos e órgãos.

A mudança na alimentação e ingestão de líquidos teve a mesma incidência 96,42%. Foram 35,71% que se queixaram de distúrbios gastrointestinais. Kusumota (2005) encontrou em 22,68% dos indivíduos pesquisados queixas de constipação intestinal. Deve-se ressaltar que a constipação e diarreia são sintomas que acometem os pacientes com IRC devido à retenção de substâncias tóxicas no organismo, provocando instabilidade no trato gastrointestinal.

A frequência na micção foi reduzida em 92,85% dos casos, já os hábitos de evacuação sofreram mudança em 46,42%. Sobre controlar a temperatura do corpo, 28,57% têm termômetro em casa, apenas 16,07% têm esse cuidado; 12,5% afirmaram ter febre com frequência, e 5,35% queixaram de infecções frequentes. Mobilizar-se elencou resultados importantes, sendo que 73,21% revelaram edema em membros inferiores, o que limitava as Atividades Diárias de 58,92%. O cateter dificulta as atividades de 23,21%, e a fístula 92,85% dos indivíduos. Precisam de ajuda para caminhar, subir escadas e alimentar-se 12,5%. Para dormir, há dificuldade em 64,28%, os que se sentem descansados quando acordam são 57,14%, e 78,57% não apresentaram alterações no sono após o início da terapia de hemodiálise. Carreira e Marcon (2003) afirmam que o indivíduo com IRC entra em estado de desequilíbrio, traz consigo o medo de perder sua integridade física e psíquica, ou sua função na sociedade, em consequência das instabilidades em suas funções orgânicas.

Mesmo doente, o indivíduo precisa continuar a viver, e a se relacionar com a sociedade. Cabe a cada paciente descobrir dentro de si uma forma de lidar com as limitações e desenvolver um modo de vida que permita uma existência mais digna para todos. É relevante ressaltar que o paciente renal crônico pode contar com o apoio da equipe de enferma-

gem, a qual deve auxiliá-lo a desenvolver uma nova rotina de afazeres a fim de ajudá-lo a lidar com esse novo cotidiano.

A equipe de enfermagem deve ser orientada a manter uma boa relação interpessoal com os pacientes em terapia. Tal fato auxilia no tratamento e na vivência no que concerne às dificuldades impostas pela doença, além de proporcionar uma condição de bem-estar para todos os indivíduos no ambiente de tratamento. O papel principal da equipe de enfermagem é atender o paciente de maneira humanizada, individual e holística, bem como realizar um acompanhamento contínuo, orientando e preparando-o emocionalmente para as restrições imposta em face à IRC.

Considerações finais

A sobrecarga da doença renal causa frustração e interfere na qualidade de vida do paciente submetido à TRS. A dependência da máquina de hemodiálise desestabiliza a vida do indivíduo como um todo, o qual passa a viver com incertezas e enfrenta sucessivas perdas que estão relacionadas aos aspectos físicos, emocionais e socioeconômicos. As dificuldades enfrentadas pelos pacientes são inúmeras, o que influencia o seu dia-a-dia e no seu modo de se relacionar. Tal fato resulta em uma vida diária desestruturada.

Algumas atividades comprometidas mostraram relação com a frequência das sessões de diálise. No item **Ambiente Seguro** os aspectos mudança de residência e os sintomas resultantes da hemodiálise tiveram os maiores efeitos. No segundo grande grupo **Atividades Diária**, os fatores trabalhar e a vida sexual foram aspectos que sofreram alterações mais significativas na vida dos indivíduos pesquisados. Com referência ao

terceiro grande grupo, as **Atividades Orgânicas** que mais apresentaram modificações foram cansaço, modificações na alimentação e na ingestão de líquidos, e a dificuldade em realizar atividades devido à presença da fístula.

A melhoria do ambiente ao qual os pacientes estão expostos pode ser influenciada por um relacionamento melhor entre os indivíduos e a equipe de saúde, sendo esta responsável também por propiciar uma melhor aceitação da morbidade, ajudando o paciente a encontrar uma maneira de lidar com as dificuldades impostas pela doença crônica e de se incluir na sociedade.

É importante mencionar a escassez de pesquisas que abordam assuntos sobre as atividades de vida de pacientes em hemodiálise. Embora os resultados desta pesquisa não possam ser generalizados a toda população em terapia de hemodiálise, eles favorecem a compreensão da problemática consequente da TRS.

Desse modo, é relevante que a equipe de enfermagem que atende pacientes em unidades de nefrologia tenha acesso aos resultados de pesquisa nesse campo, no intuito de desenvolver o processo de trabalho pautado nas necessidades específicas desta população, objetivando a minimização dos problemas enfrentados por eles, além de contribuir para que o indivíduo não perca seu lugar na sociedade, sem perder de vista os aspectos de orientação à seguridade social.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2005. 124 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia Silva. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-am Enfermagem.**v.11, Supl 6, p. 832-31, nov. / dez. 2003.

CAVALCANTE, Karenine Maria Holanda. **Cuidado de enfermagem à pessoa com paraplegia fundamentado no Modelo Roper-Logan-Tierney.** 2007.216p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

FERMI, Marcia Regina Valente. **Diálise para Enfermagem: Guia prático.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

HIGA, Karina; KOST, Michele Tavares; SOARES, Dora Mian; MORAES, Marcos César de; POLINS, Bianca Regina Guarino. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, n. 21. p.203-6, 2008.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

KUSUMOTA, Luciana. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

KUSUMOTO, Luciana et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm.** , n. 21. p.152-9, 2008.

MACHADO, Leise Rodrigues Carrijo; CAR, Marcia Regina. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. **Rev Escola Enferm USP**. São Paulo, v.37, n. 3, set. 2003.

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia, e classificação. **J Bras Nefrol**.v. 26, n. 3, Supl.1, ago. 2004.

ROSENBLATT, Charles.**Guia Veja de medicina e saúde**. São Paulo: Abril, 2008.

SESSO, Ricardo. **Epidemiologia da insuficiência renal crônica no Brasil**.Guia de Nefrologia. São Paulo: Manole, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA-SBN. **Censo**. 2010. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

TRENTINI, Mercedes et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto Contexto Enferm**.v.13, n.1, p.74-82. jan. /mar. 2004.

VELLOSO, Rosana Laura Martins. **Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos**. Monografia (Pós-Graduação em Enfermagem). Faculdade Rui Barbosa. out. 2000.

OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À TERMINALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Suellen Rodrigues de Oliveira Maier²

Larissa da Silva Teles³

Gelson Aguiar da Silva⁴

Luciene Mantovani Silva Andrade⁵

Introdução

Viver e morrer é um dilema que o ser humano carrega consigo, desde o nascimento até a morte. Cada ser vive de forma peculiar, individual e única. Dentro desse dilema a terminalidade acaba se tornando significativa, já que a finitude é algo inerente ao ser humano em seu processo vital (CHAVES; MASSAROLLO, 2009; JARDIM et al., 2010).

O ser humano vive um movimento cíclico, ao qual é natural dentro da sua evolução: nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer. Morrer está dentro desse processo e não deve ser desmembrado, mas integrado de uma forma que possa ser valorizado para contemplar o indivíduo de forma integral, abordar a morte como sendo um acidente biológico é um grande equívoco (MOREIRA; LISBOA, 2006; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

2 Enfermeira. Mestre. Professora Adjunta I da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Universitário de Rondonópolis.

3 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Universitário de Sinop.

4 Enfermeiro. Mestre. Professor Adjunto I da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Universitário de Chapecó.

5 Enfermeira. Mestre. Professora Assistente I da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Universitário de Sinop.

O grande problema em relação à compreensão sobre terminalidade e o cuidar do paciente terminal, muitas vezes está relacionado com a dificuldade que o profissional tem em lidar com o processo de morrer e a impotência diante da morte (CHAVES; MASSAROLLO, 2009).

Jardim et al. (2010, p. 798) afirmam que “[...] o cuidar do paciente terminal é cercado de dificuldade em trabalhar com o processo de morrer”. Envolve, como cita Moraes (2009, p. 232), “[...] um momento delicado, pois estamos acostumados a curar nossos pacientes”. A Enfermagem depara-se com inúmeras situações as quais são vivenciadas no dia a dia, passando desde o nascimento que é o marco inicial da vida, até os instantes finais dela, a morte propriamente dita.

De acordo com Silva, Campos e Pereira (2011, p. 739) “[...] a morte e o morrer são vistos de formas diferentes, a depender do contexto histórico e cultural em que o indivíduo está inserido, tratando-se de um tema bastante complexo”. Essa complexidade pode estar envolvida pelo fato da morte ser uma certeza na vida de cada ser humano, sendo algo desconhecido que desperta o temor. A morte é visualizada conforme as crenças, os valores, e as emoções de cada indivíduo (JARDIM et al., 2010).

No espaço institucional a morte se torna sinônimo de fracasso e de acordo com Quintana et al. (2006, p 416) “[...] o paciente terminal passa a ser visto como o símbolo vivo de uma derrota”, pois diante de tantos aparatos, novos tratamentos e os avanços na tecnologia para a manutenção da vida há o falso pensamento de onipotência perante ela (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010; JARDIM et al., 2010).

Os sentimentos que os profissionais nutrem diante desse processo são inúmeros, desde frustração, fracasso, tristeza, impotência até

a culpa. Para Mota et al. (2011, p. 130) “[...] ao vivenciar a terminalidade do ser humano, o profissional pode perceber seu encontro com o outro, no momento da morte, como perda”. Essas reações e sentimentos dos profissionais de saúde levam a criação de mecanismos de defesa como isolamento, negação, choro, silêncio e justificativa na finitude humana, uma grande variedade de mecanismos pode ser criada conforme os próprios valores e crenças de cada profissional, o que se deve ter cuidado é para que esses mecanismos não simulem certa frieza e insensibilidade, pois isso pode interferir negativamente na oferta do cuidado (MOTA et al., 2011).

Outra dificuldade em aceitar o processo de morte e morrer vem da formação dos próprios profissionais em relação ao cuidar dos pacientes em fase terminal. Quintana et al. (2006, p. 423) expressam que “[...] a formação tanto médica, quanto da enfermagem revela que desde cedo o estudante é moldado para considerar a morte como o maior dos adversários”.

Poucas são as instituições de formação que dão ênfase nesse contexto do processo de morte e morrer, mas pode haver a mudança dentro da formulação de objetivos e conteúdos para habilitar os futuros enfermeiros a proporcionar um cuidado integral ao seu paciente. Sadala e Silva (2009, p. 288) enfatizam a importância em “[...] preparar profissionais voltados para o cuidado humanístico”, para que assim aos poucos essa realidade seja alterada.

O profissional de Enfermagem se vê todos os dias desenvolvendo cuidados, promovendo ações que têm como objetivo final atender as necessidades dos pacientes/clientes, não sendo diferente dentro da unidade de emergência. Quando abordamos esse espaço, temos em mente salas equipadas com aparatos (equipamentos) e medicações, profissionais

especializados com treinamento técnico e conhecimento científico para desenvolver a melhor assistência com o objetivo de manutenção da vida (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

De acordo com os questionamentos iniciais e levantamento prévio através das publicações, notamos a escassez de estudos sobre a temática do paciente terminal dentro da unidade de emergência. Logo vemos a importância de tratar este assunto já que a presença desse paciente acaba sendo uma realidade neste cenário, tornando-se significativo compreender o profissional de enfermagem dentro da unidade, frente à assistência ao paciente, que já está fora das possibilidades dos cuidados terapêuticos, em caráter curativo.

Diante dos apontamentos, qual a visão da equipe de Enfermagem frente ao paciente terminal dentro dessa unidade? Dessa forma este estudo teve como objetivo desvelar os sentimentos dos profissionais de enfermagem diante da terminalidade do paciente em unidade de urgência e emergência.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, de característica descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa sete sujeitos, sendo uma enfermeira e seis técnicas em enfermagem, que atuam em uma unidade de emergência em um município ao norte de Mato Grosso, de um total de quatro enfermeiros e doze técnicos em enfermagem. Foram incluídos no estudo os profissionais que possuíam no mínimo dois anos de trabalho na unidade, portadores de certificado de conclusão do curso técnico ou diploma de conclusão da graduação e que aceitassem participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo

de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Participaram apenas sete profissionais, pois os demais estavam em férias/licença médica ou não se propuseram a participar do estudo.

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Muller com parecer nº 36107, no dia 23 de maio de 2012 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 01526112.7.0000.5541, os dados foram coletados por meio da seguinte questão norteadora: Como você se sente diante do paciente terminal na unidade de emergência?

Os relatos foram gravados na íntegra e depois transcritos, facilitando a análise posterior. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, na qual o pesquisador vai explorar e selecionar os dados obtidos, facilitando as próximas fases de análise. O pesquisador realiza várias leituras do material já visualizando as ideias principais e os significados gerais.

Na segunda fase os pesquisadores realizaram a seleção das unidades de análise. Essas unidades incluem parágrafos, textos, palavras, os quais vão responder a questão norteadora. Na terceira fase ocorre o processo de categorização no qual reuniu-se os elementos de acordo sua homogeneidade, com vistas a realizar a interpretação final dos dados, buscando uma perspectiva mais ampla do conteúdo analisado e trazendo os significados dos mesmos (GOMES; DESLANDES; MINAYO, 2010).

Após a análise dos dados obtidos surgiram duas categorias as quais foram evidenciadas durante as falas dos sujeitos: defrontando-se com diferentes sentimentos e vivências na unidade de emergência. Os participantes ao longo da pesquisa tiveram seus nomes preservados, sendo utilizados nomes fictícios para garantir o anonimato, escolhidos assim

nomes de deusas da mitologia grega fazendo uma alusão à mortalidade e à imortalidade.

Defrontando-se com diferentes sentimentos

Vivenciar a terminalidade do ser humano de perto suscita muitas reações e sentimentos entre os profissionais da saúde. Apesar de a morte fazer parte da vida, ela sempre assusta o homem, mesmo os profissionais da saúde. A respeito da terminalidade, do processo de morte e morrer, nada deve ser falado, e também não deve se demonstrar os sentimentos que ela desperta na equipe, pois na maioria das instituições esse assunto é tratado com exclusão e silêncio (MOTA et al., 2011; QUINTANA et al., 2006).

Conviver com ela no dia a dia afeta de maneira diferente esse profissional de acordo com suas próprias experiências pessoais e profissionais. Muitas vezes seu acontecimento leva o profissional vê-la como fracasso ou falha de seu trabalho. Tal fato pode estar relacionado ao tipo de formação que os futuros profissionais recebem durante sua graduação. Esses sentimentos suscitados nos profissionais frequentemente são marcantes durante as práticas profissionais, pois cada profissional encara a terminalidade da vida de maneira diferente (MOTA et al., 2011).

Mota et al. (2011) citam diversos sentimentos como frustração, insucesso, impotência, perda, estresse, fracasso, culpa e tristeza, os quais vêm ao encontro de alguns sentimentos citados nas falas dos sujeitos.

[...] você quer sempre salvar, você não quer perder, terminar assim, não quer ter aquela consciência que você vai fazer, vai fazer e morrer na praia é diferente você não quer ter esse sentimento acho que

aqui dentro ninguém gosta desse sentimento, a gente quer nadar, nadar e sai inteiro... [...] não nadar e morre na praia ai dá aquela sensação de mãos atadas, entendeu?... frustração. (ÁRTEMIS)

[...] dá aquele sentimento puxa vida já passou por tudo isso e não teve jeito, às vezes não tem nem idade ainda, tão avançado e já com encerramento da vida, então dá aquele sentimento de tristeza [...]. (ANFRITRITE)

Eu me sinto um pouco incapaz, sinto que eu não consigo dá, primeiro dar a atenção que é necessária, mas é um sentimento de incapacidade [...]. (AFRODITE)

Silva, Campos e Pereira (2011) expõem que muitas vezes apesar de todo o esforço da equipe, acaba ocorrendo a morte do paciente, fazendo com que os profissionais vivenciem essa situação como frustração, sentindo que foram incapazes de salvar a vida do mesmo. Sadala e Silva (2009) complementam que conviver com a morte e o morrer é desgastante e angustiante e além dos sentimentos já citados pode também gerar outros sentimentos como culpa e incerteza.

[...] o difícil é a gente entender que apesar de ter realizado tudo não era da gente aquilo que aconteceu, tipo não foi culpa da gente [...] (HEBE)

Além desses sentimentos que surgiram durante as entrevistas em algumas falas a palavra “frieza”, trazida pelas entrevistadas, está sendo compreendida neste estudo como uma forma de indiferença no processo de morte e morrer.

Os sentimentos em relação a esse paciente eu sou nesse ponto, eu sou bem, às vezes eu acho que eu sou meio fria, é uma questão minha mesma, já tive pacientes, já pude ter essa experiência de cuidar de paciente assim na emergência [...] (SELENA)

Mota et al. (2011) trazem a utilização do termo frieza como sinônimo de insensibilidade, ou seja, como mecanismo de defesa, uma proteção onde o profissional tenta se evadir e negar a situação, e isso fica evidente tanto para o profissional como para as pessoas que estão de fora visualizando este processo.

Deve-se ter o cuidado aqui para que essa frieza transmitida não interfira na forma de cuidar e lidar com o paciente, pois o objetivo seja em qualquer situação do cuidar é que o mesmo se desenvolva “de forma integral e humanitária” (MOTA et al., 2011).

Conforme Waldow e Borges (2011) prestar um cuidado humanizado implica em humanizar as ações prestadas ao paciente, visualizando-o de forma subjetiva e integral. Em algumas situações, tentar não expressar estes sentimentos na prática passa a impressão de descaso ou indiferença como citado anteriormente.

[...] eu lembro até de uma fala de uma amiga minha no passado, que disse assim: “eu já fui mais humana”, uma vez ela disse pra mim [...], eu falei não é que eu não sou humana é que eu criei uma forma de lidar com o meu trabalho e de não levar todos os meus pacientes embora comigo pra casa [...] (HERA)

[...] a gente tem que saber administrar esse sentimento e com o tempo isso vai ficando mais fácil, não que entre na rotina e você nem liga para aquilo que acontece, a gente liga, mas a gente não demonstra, a gente aprende a lidar com isso [...] (HEBE)

Com o passar o tempo você acaba lidando com a morte, acaba ficando bem frio, [...] é um processo natural que acaba acontecendo com todo mundo. (AFRODITE)

A gente profissional quando você está há muito tempo ali, já vê essa situação como cotidiano. As pessoas até falam: “você são frios, não tem dó, fazem as coisas tudo automático”, mas você acaba vendo aquilo como uma situação normal [...] (ATENAS)

Junto a essa “frieza” que os profissionais citam, as falas colocam também a questão que o tempo e as experiências práticas diante da terminalidade acabam trazendo certa “naturalidade” para que lidem com essa questão. Mota et al. (2011) referem em um estudo que com o tempo falar do assunto morte acaba sendo mais natural, pois o seu acontecimento faz parte do cotidiano, e isso acaba sendo utilizado também pelos profissionais como estratégia para diminuir seu sofrimento. Aos poucos conseguem trabalhar com os sentimentos e aprendem a viver esse fenômeno de maneira humanizada, como fica evidente na fala de *Hera*.

Esses sentimentos refletem na maioria das vezes o tipo de formação que é proposta aos profissionais na academia, a falta de abordagem do assunto ou até mesmo a forma como foi abordado, muitas vezes, não proporciona a reflexão do estudante diante da finitude humana. Assunto que surgiu nas seguintes falas dos entrevistados.

[...] então eu me sinto com sentimento de serviço não realizado, porque na minha cabeça, eu trabalho e eu estudei pra isso, salvar o paciente, quando a gente vê que ele não está voltando, que não tem mais jeito, já bate um sentimento de tristeza [...] incapacidade, incapaz de ter feito [...] apesar de fazer tudo que podia, surge esse sentimento de incapacidade. (HEBE)

É sempre alguém precisando que você “levante” não preparando para “deitar”, acho que na minha época eu vi muito pouco, foi falado muito pouco, a gente aprende a manter a vida, não preparado pra isso. A nossa educação técnica, a nossa educação de escola não prepara a gente pra isso, prepara só para cuidar, não pra cuidar e sair “deitado”. (ÁRTEMIS)

Oliveira, Quintana e Bertolino (2010) comentam que a formação acadêmica é voltada para um cuidado que proporcione a promoção, recuperação e preservação da vida. Silva, Campos e Pereira (2011) expõem que a formação se fundamenta na cura, e o enfermeiro sente-se comprometido com a vida, sendo capacitado para preservá-la, esquecendo que a terminalidade também faz parte da vida.

Quintana et al. (2006, p. 418) ainda salientam que “[...] desde cedo o estudante é moldado para considerar a morte como o maior dos adversários”. Assim, é necessário que a academia prepare este futuro profissional para trabalhar com os pacientes terminais. Podemos entender, então, que a formação também influencia muito ao longo da prática profissional, em tais sentimentos vivenciados como também na forma de lidar com os mesmos.

Vivências na Unidade de Emergência

A unidade de emergência apresenta grande dinâmica e diversidade dentro dos seus atendimentos. Segundo Baggio, Callegaro e Erdmann (2009) nesta unidade os profissionais deparam-se com situações complexas tanto ao ambiente quanto ao ser humano, que cuidam e são cuidados, experimentando, assim, uma relação voltada ao processo de cuidar.

O ambiente é visto como hostil e frio pelos usuários. Possui grande quantidade de equipamentos, fazendo com que os profissionais necessitem ter habilidades técnicas e destreza para realizar o cuidado. O usuário que busca esse serviço necessita de uma equipe que possua rapidez, eficiência, eficácia para reconhecer e intervir nos agravos a sua saúde (CARNEIRO, 2008).

A diversidade de paciente é grande quando se discorre sobre a unidade de emergência. Fadiga Junior e Liontanski (2010) afirmam que dentro dessa diversidade pode-se observar a presença do paciente terminal neste serviço, apesar de considerar que este não seria um local ideal para o atendimento do referido enfermo, todavia, a realidade não é essa, e a presença dele acaba sendo uma realidade cotidiana e trágica.

Durante as entrevistas foi levantada pelos profissionais a questão do ambiente, sendo este, na grande maioria, inadequado a esses pacientes, deixando conseqüentemente o cuidado comprometido.

[...] cuidar de um paciente terminal em um box de emergência que atende de tudo, vômito, diarreia, dor na coluna, dor nisso, dor naquilo, é complicado, acaba que você não consegue desenvolver um trabalho digno, digno para com o paciente [...] (HERA)

O fluxo de pessoas que procuram esse tipo de atendimento é grande. A demanda não se esgota exigindo muito dos profissionais que ali estão. A superlotação é uma realidade nestas unidades. Segundo Garlet et al. (2009) a grande demanda leva ao acúmulo de tarefas, e conseqüentemente sobrecarrega a equipe.

[...] aqui realmente é complicado pela quantidade do fluxo que a gente tem [...] (ÁRTEMIS)

[...] dependendo o dia, o tumulto, se tá cuidando do paciente e ele tá ali precisando do atendimento, mas chega bombeiro, chega outro paciente, você deixa ele lá e vai se envolver com os outros [...] (ANFRITRITE)

Junto com a grande demanda, acaba ocorrendo a necessidade de priorizar as urgências e emergências. Nota-se principalmente a relação de prioridade e o paciente terminal, o qual sendo considerado fora de possibilidade de vida fica em segundo plano.

Eu tento, mas às vezes não dá, tem outros pacientes, outros afazeres que são mais urgentes, porque aquele paciente a gente sabe que não tem mais o que fazer e outro, ao mesmo tempo outros que tem o que fazer e que tem possibilidade de vida [...] (AFRODITE)

[...] é complicado, porque a gente acaba não tendo só um pra cuidar entendeu, tem vários, acaba priorizando aquele que vai chegar aqui vai se recuperar, vai ficar meio “tortinho”, mas vai daqui uns tempos a gente vai ver de novo [...] (ÁRTEMIS)

[...] como é paciente terminal, se para parou (SPP), às vezes nem chegam perto, é uma falha imensa na minha opinião, acho que o paciente terminal não deveria ficar com a gente aqui [...] (HERA)

Percebe-se que o foco nessas situações não é o paciente terminal, tampouco os cuidados destinados a eles. Salomé, Cavali e Espósito (2009) afirmam que fica ainda mais evidente nos setores críticos, como a emergência o objetivo em preservar a vida de qualquer forma. Seguindo esta concepção não haveria necessidade de concentrar todos os esforços em torno do paciente terminal uma vez que seu prognóstico já está decidido.

Outra questão exposta aqui, diz respeito ao próprio ambiente como estrutura física que compõe a unidade, gerando falta de privacidade ao paciente, manifestada também durante as falas.

[...] é uma questão complicada por causa do tipo de lugar que a gente trabalha, tinha que ser separado na realidade [...] (SELENA)

[...] seria outra coisa se a gente tivesse um espaço separado, pelo menos para eles iria ser melhor, iria ter privacidade, a gente iria conseguir da um cuidado melhor [...] não precisa ficar amarrando um monte de lençol para pelo menos ter o mínimo de privacidade possível pra não ficar exposto [...] (SELENA)

O setor não é pronto pra isso, desde estrutura, tudo, o paciente fica ali por pura falta de vaga, de transferência para outro setor [...] (HEBE)

Barros, Queiroz e Melo (2010) corroboram que a própria estrutura e o ambiente em si podem construir um espaço de bem-estar, trazendo conforto, privacidade e respeito ao indivíduo. Proporcionar um ambiente calmo, respeitando a privacidade e individualidade de cada paciente propicia um cuidado mais humano. Atentar-se à um ambiente agradável, também se torna um tipo de cuidado ao paciente. Mantê-lo higienizado, confortável, seguro só vem a somar no convívio psicossocial do mesmo (COELHO, 2006).

Abordar o paciente dentro desse setor muitas vezes se torna um desafio, principalmente para proporcionar os cuidados específicos, os cuidados paliativos. A unidade de emergência não é o local mais apropriado para conceder um tratamento digno ao mesmo. Dessa forma é necessário que o mais breve possível ele possa ser encaminhado para outro tipo de atendimento, onde sejam supridas todas as suas necessidades, de

forma a levar um cuidado integral, que respeite e proporcione um final digno ao paciente (FADIGA JUNIOR; LIONTAKIS, 2010).

Considerações finais

Percebemos ao longo das discussões que abordar sobre a temática da terminalidade do ser humano ainda traz a tona muitas inquietações entre os profissionais que vivenciam esse fenômeno na prática. A terminalidade remete ao morrer do ser humano, que conseqüentemente acaba na morte, e todo esse processo de morte e morrer leva a percepção da finitude como fazendo parte do ciclo da vida.

Provocar a reflexão frente à finitude humana e à terminalidade instiga o indivíduo a sua própria finitude, despertando muitos sentimentos entre os profissionais sendo esses subjetivos a cada um, preconceitos que se diferenciam a cada perspectiva e vivência, fazendo que esse assunto não se esgote em suas reflexões propostas. O saber lidar com o término de uma vida é algo muito pessoal, que com o passar do tempo e das práticas, cada profissional vai criando formas para lidar com esse fenômeno em seu espaço de trabalho.

No decorrer das entrevistas os profissionais de Enfermagem afirmam que vivenciam a morte frequentemente dentro da unidade de emergência, fazendo parte do dia a dia, até pelo fato da diversidade de casos clínicos que atendem, mas mesmo com essas experiências no processo de morte e morrer quando lidam com pacientes cujo prognóstico já não é mais a cura, acaba gerando ansiosos.

A própria formação desses profissionais da saúde que é fundada na preservação da vida do ser humano leva essa luta cotidiana contra a

morte e o morrer. Frente a isso a terminalidade acaba excluída do ciclo vital, e cria-se a ilusão de onipotência diante dela.

Instigar os profissionais que já trabalham dentro da unidade a fazerem uma autorreflexão sobre a questão da terminalidade juntamente com a percepção que eles tenham do paciente terminal dentro desse espaço, auxilia na compreensão do modo como é trabalhado o processo de morte e morrer.

Trazer também à tona discussões no âmbito da formação dos profissionais só tem a contribuir e somar, já que grande parte da formação é baseada na preservação da vida e muito limitada nos questionamentos do processo de morte e morrer, fazendo com que frequentemente apenas a prática leve aos poucos o profissional a elaborar mecanismos para vivenciar estas situações, excluindo a relação teoria e prática. Essa compreensão auxilia tanto o profissional quanto a equipe na busca de novas perspectivas e conhecimento acerca desse processo.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, Maria A.; CALLEGARO, Giovana D.; ERDMANN, Alacoque L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n.3, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300008> Acesso em: 21 nov. 2011.

BARROS, Sâmara D. O. L.; QUEIROZ, Johny C.; MELO, Raimunda M. Cuidando e Humanizando: entaves que dificultam esta prática. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n. 4, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah>>.

BAGGIO, M. A.; FORMAGIOO, F. M. Automedicação: desvelando o descuido de si dos profissionais de enfermagem. **Rev. enfermagem UERJ**. 2009; v.17, n. 2, p. 8-224. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a15.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

BRASIL. Departamento de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde. **Guia de Bolso de Doenças infecciosas e parasitárias**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância em Saúde**/Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA)/ Ministério da Saúde. **O que devemos saber sobre os medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Departamento Epidemiológico. **Hepatites virais: o Brasil está atento**.3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde/Ministério da Saúde. Programa nacional de DST/AIDS. **Controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996b. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

CERVO, A.L. et al. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?** As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Rio de Janeiro, 2012. Cad. Saúde Pública. v. 23, n. 3, p. 565-574. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

INSITITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa Populacional de 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

MASTROIANNI, P. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brazil. Ver. **Bras. Psiquiatr.** 2003; v. 25, n. 3, p. 146-155. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S151644462003000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 9 set. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORAIS, J. **A medicina doente**. Isto é. 164. ed. São Paulo. Abril, 2001.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. **Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmitidas**. São Paulo. Rev. Bras. Coloproct, 2003. v. 23, n. 2, p. 128-129. Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/biblioteca/documentos/Manual-Vancouver.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PEDRO, J. M. **A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração**. São Paulo. Rev. Bras. Hist. 2003. v.23, n. 45, p. 239-260. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882003000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 ago. 2012.

SCHMID, B.; BERNAL, R. S., NILZA, N. **Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo**. Rev. Saúde Pública. 2010; v. 44, n. 6, p. 1039-1045. Disponível em:<<http://www.google.com/>>

DIFICULDADES VIVENCIADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE SINOP/MT

*Juliana Spenazzato Seger¹
Cezar Augusto da Silva Flores²*

Introdução

A descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) gerou uma revolução na saúde mundial, e, por isso, foram realizados estudos em diversas instituições para entender o que o vírus provoca e como ele se instala no organismo. Com isso, descobriu-se que este é transmitido comumente pela relação sexual, além de outras formas como, durante o parto, amamentação e compartilhamento de seringas para uso de drogas ilícitas.

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Essa família tem características semelhantes como, por exemplo, o período prolongado de incubação, ou seja, as manifestações clínicas aparecerem tardiamente, podendo ser de meses a anos. Este vírus é responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (SBI, 2008).

A transmissão vertical, também conhecida como materno-infantil, se dá pela infecção da criança intra-útero, no momento do parto ou durante amamentação. Em situações de gestantes portadoras do vírus é preconizada a realização de parto cesárea e a não amamentação, sendo

1 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso(UFMT), Campus Universitário de Sinop. juliseger@hotmail.com

2 Enfermeiro e Pedagogo. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Docente do Curso de Enfermagem da UFMT, Campus Universitário de Sinop. cezarflores2010@gmail.com

fornecido leite artificial no Brasil, pelo Ministério da Saúde, durante os seis primeiros meses de vida, onde o aleitamento é exclusivo. No momento do parto, a transmissão pode ocorrer pelo contato do sangue materno com mucosas e possíveis lesões no recém-nascido. A transmissão vertical do HIV, em gestantes que não tiveram nenhum acompanhamento varia em torno de 25 a 30%, sendo que deste total, 25% referem-se à transmissão intra-útero e 75% no momento do parto (BRASIL, 2010).

A Sociedade Brasileira de Infectologia- SBI (2008, p. 02) afirma que:

Da população geral diagnosticada com AIDS desde o início da epidemia até junho de 2008, foram identificados 333.485 (66%) casos de Aids em homens e 172.995 (34%) em mulheres. A razão de sexo no Brasil diminui ao longo da série histórica – em 1986 eram 15 casos no sexo masculino para um no sexo feminino. Desde 2000, há 15 casos entre eles para 10 entre elas. Essa aproximação na razão de sexo reflete a feminização da epidemia. Alguns fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres à AIDS são: desigualdade nas relações de poder; maior dificuldade de negociação das mulheres quanto ao uso de preservativo; violência doméstica e sexual; discriminação e preconceito relacionados à raça, etnia e orientação sexual; além da falta de percepção das mulheres sobre o risco de se infectar pelo HIV.

Devido ao crescimento do número de mulheres infectadas pelo HIV, é importante avaliar as crianças nascidas destas mulheres e como o mundo recebe esta demanda de crianças que adquiriram o vírus da mãe. Eles devem ser observados para que a prevenção da transmissão vertical seja mais rigorosa, e através de estudos como este é possível levar em consideração o sentimento das crianças.

O Serviço de Atendimento Especializado em Infectologia (SAE) do município de Sinop-MT é referência no tratamento de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), atendendo várias cidades do Estado, além de municípios localizados no sul do Estado do Pará. A equipe conta com enfermeiras, farmacêutico, psicólogo, assistente social e médicos especializados em Infectologia e DST. Os pacientes têm acompanhamento interdisciplinar, além de receberem seus medicamentos gratuitamente.

No caso de contaminação, normalmente cria-se uma dificuldade em relação aos pais/cuidadores, que se indagam sobre a necessidade de não revelar o diagnóstico ao pequeno paciente. Manifestam-se medos como, a culpa por ter transmitido o vírus, o receio de que a criança revele sua situação para outros, o medo do estigma, o despreparo e a falta de conhecimento sobre o vírus.

O enfermeiro representa no momento do diagnóstico de uma criança com HIV um apoio para a família, por isso é importante que os profissionais sejam capacitados a atender esta demanda de forma atenciosa e com segurança. Segundo Souza; Silva e Silva (2003, p.184): “Ressaltamos a importância de formas de cuidar que ultrapassem o fazer mecanicista, ampliando a visão acerca do ser humano e possibilitando a construção de um cuidado de Enfermagem mais próximo e compartilhado com aqueles de quem cuidamos. Isto é uma mudança de paradigma na relação enfermeira-paciente, onde ambos são sujeitos na construção do cuidado.”

Este estudo tem como objetivo analisar as dificuldades relacionadas às atividades de vida diária enfrentadas por crianças e adolescentes portadores de HIV/AIDS em tratamento no SAE de Sinop- MT, inves-

tingando se estas se sentem vítimas de preconceito, se têm dificuldades relacionadas ao HIV/AIDS e se isso limita sua convivência na sociedade.

Metodologia

A abordagem do estudo realizado é qualitativa, definida por Silva (2004, p.17), como aquela que:

Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Trata-se de uma pesquisa fenomenológica que significa o estudo dos fenômenos, daquilo que aparece à consciência, daquilo que é dado, buscando explorá-lo; em que as informações foram obtidas através de levantamento, ou seja, quando as pessoas estudadas são questionadas diretamente (CAPALBO, 1996).

O local da coleta de dados foi o SAE – Serviço de Atendimento Especializado em Infectologia de Sinop/MT, onde os participantes realizam tratamento. As entrevistas foram realizadas nos meses de junho e julho do ano de 2012. O número da amostra foi composto por todas as crianças e adolescentes que são acompanhadas na instituição, totalizando cinco pesquisados entre as faixas etárias de 07 a 14 anos.

Foram excluídos da pesquisa pacientes fora da faixa etária, que adquiriram o vírus do HIV por outra via de transmissão que não a vertical, que não realizam tratamento no SAE e que não possuem exame de HIV positivo.

As informações foram coletadas antes ou após as consultas médicas de rotina, portanto foram realizadas nas próprias dependências do SAE, devido ao conforto e confiança que os indivíduos têm no local, em sala de consulta clínica, individualizada, na presença dos pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado para direcionamento da entrevista. A criança foi questionada se gostaria de participar da entrevista. As conversas, se autorizadas pelos responsáveis, foram gravadas em áudio e depois transcritas, para impedir a perda de informações importantes e garantir sua fidedignidade. No roteiro, o entrevistado recebeu um pseudônimo para preservação da identidade.

Seguindo os princípios éticos envolvidos na pesquisa populacional em seres humanos (Resolução CNS 196/96), o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sob o Protocolo N° 140/CEP- HJUM/2011, de modo que os dados foram coletados somente após a aprovação deste Comitê. Os responsáveis pelas crianças e adolescentes envolvidos na pesquisa foram devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e a preservação do anonimato, sendo empregado nomes fictícios para os mesmos. Foi elaborado um Termo de Consentimento, o qual foi assinado pelo responsável legal, sendo que esse acompanhou todo o decorrer da entrevista.

Os dados foram analisados de forma qualitativa com a transcrição de falas e identificação de expressões como choro, risos ou desconforto. O método utilizado foi a Análise de conteúdo de Bardin (1977).

A participação das crianças e adolescentes foi voluntária e a pesquisa poderia ser interrompida no momento em que ela manifestasse este desejo.

Discussão e resultados

Foram entrevistadas cinco crianças e adolescentes em tratamento no SAE. Destas, apenas duas sabiam da sua condição sorológica, por esse fato poderia ser realizada a entrevista diretamente com as mesmas, uma vez que o fato das entrevistadas saberem da sua soro positividade, não haveria receios por parte da pesquisadora e dos responsáveis legais das crianças e adolescentes. Essas duas entrevistadas foram Joana (nome fictício) de 9 anos, que cursa o 4º ano do Ensino Fundamental que foi ao serviço acompanhada pela mãe e Priscila (nome fictício) de 14 anos, que está no 1º ano do Ensino Médio, que foi entrevistada após uma consulta médica, com a supervisão do pai.

As outras três crianças não sabem da sua condição de sorologia para o HIV, por esse fato, optou-se por entrevistar os pais ou responsáveis legais, uma vez que a pesquisa se trata especificamente sobre as dificuldades de vida diária dessas crianças em relação ao HIV/AIDS, e poderia haver conflito ao abordar essas crianças a respeito dessa doença. Portanto, foram entrevistados o pai do Luiz (nome fictício) de 8 anos, que cursa o 3º ano do Ensino Fundamental, o pai e mãe do Paulo (nome fictício), de 8 anos, que cursa o 3º ano do Ensino Fundamental, e o pai e

mãe do Carlos (nome fictício), de 11 anos, cursando o 4º ano do Ensino Fundamental.

Quando questionados sobre os motivos de não revelarem aos filhos de que os mesmos possuem o vírus do HIV/AIDS, as respostas foram semelhantes:

“Eu acho que ele é muito novo, é difícil entender. A gente já sofre muito preconceito, é difícil. Não quero que ele sofra.”

Pai de Luiz (8 anos)

“Acho que ele até já sabe, mas nunca falei sobre isso, não sei o que dizer. Tenho medo de que ele passe por tudo que eu passei, as criança às vezes não entende e discrimina.”

Mãe de Carlos (11 anos)

“Ele tá novo demais. Quem sabe um dia se ele perguntar eu até fale, mas agora não. Tenho medo que ele conte pra todo mundo e que os outros pais não deixe mais os filhos brincar na rua com ele. Acho que vou contar quando ele tiver seus quatorze pra quinze anos.”

Mãe de Paulo (8 anos)

Nestas falas percebe-se que muitas vezes, por questão de proteção, os pais preferem esconder a situação, pois ainda sofrem preconceito por serem portadores do vírus e esperando uma reação semelhante da sociedade perante o filho. Como relatam Ayres, França Jr. e Paiva (2006, p. 2):

A omissão da condição de soro positividade, por exemplo, pode servir como estratégia, em alguns momentos, para evitar as situações de discriminação e processos de estigmatização. É um modo de manter o segredo e a privacidade, sem estabelecer conflitos abertos. Outras estratégias têm sido utilizadas

para enfrentar o estigma de modo aberto, encarando os conflitos.

Durante as entrevistas, quando questionadas sobre o que gostam de fazer, a criança e a adolescente entrevistadas mostraram que mesmo portadoras deste vírus, permanecem convivendo em sociedade normalmente.

“Ah...eu gosto de brincar, de estudar...muitas coisas... Gosto muito de ler!”

Joana (9 anos)

“Sei lá... muitas coisas, gosto de sair, só não gosto de ir pra escola (risos)!”

Priscila (14 anos)

Quando perguntada, porque não gosta de ir à escola, Priscila afirma que não é pelo fato de ter HIV/AIDS, diz que gosta de ir para ver os amigos, mas não gosta de estudar. Afirma que na escola, somente alguns amigos mais próximos sabem de sua doença, diz só contar para quem realmente confia. Já sofreu preconceito, segundo ela de um amigo com quem brincava na rua de casa, e no momento em que ele descobriu preferiu “não brincar com ela novamente”.

Na escola, os colegas e os professores de Joana, não sabem que ela possui o vírus HIV. No momento da entrevista, ela relatou um fato ocorrido na escola:

“Uma vez minha professora falou que a AIDS era uma doença muito ruim e que matava. Eu fiquei com muita raiva, queria falar pra ela que não era assim, mas não falei, porque eles iam desconfiar que eu tinha”

Joana (9 anos)

Esta fala demonstra como a orientação não adequada de uma professora pode influenciar negativamente os estudantes, pois Joana pos-

sui alguns conhecimentos sobre a doença, mas os colegas não tinham informação a respeito, e criaram uma ideia equivocada. Também é possível perceber que a menina demonstra o medo de que os colegas em algum momento descubram sua condição. Ela afirma que nunca sofreu preconceito, mas que a mãe já sofreu e que ficou muito triste. A mãe acredita que as crianças não têm preconceito, mas que elas vão para casa e dizem aos pais, que proibem as crianças de brincar com a criança “infectada”.

Joana realiza tratamento no SAE há dois anos. Anteriormente morava em outra cidade, faz uso de **terapia antirretroviral (T-ARV)** desde os 10 meses de idade. Quando perguntada sobre os medicamentos diz:

“Olha... Eu acho bom. Não é ruim. Porque agora eu já tomo os comprimidos, os líquidos era muito ruim, principalmente o Kaletra¹, ele era muito amargo assim (demonstração facial de amargo), aí eu falei com o doutor e ele mudou pros comprimidos”

Joana (9 anos)

Priscila realiza acompanhamento no SAE desde o nascimento, faz uso do medicamento antirretroviral (ARV) desde o início do tratamento, sobre a T-ARV afirma:

“Ah... é ruim. Tem gosto estranho... dá queimação no estômago.”

Priscila (14 anos)

As duas opiniões remetem aos efeitos colaterais desenvolvidos durante o uso contínuo de medicamentos ARV. Os principais efeitos adver-

1 O medicamento Kaletra é uma composição de Ritonavir e Lopinavir.

sos, comuns a todos os fármacos são: diarreia, náusea, perda de apetite, vômito, gastrite, *rash* cutâneo, insônia, anemia, entre outros (BRASIL, 2009).

De todas as crianças da amostra, apenas Luiz não utiliza T-ARV, Paulo e Carlos fazem uso há 6 anos. Os depoimentos demonstram que muitas vezes os medicamentos geram desconforto na criança, e que nesses momentos o apoio dos pais é fundamental para a continuidade do tratamento, como sugere a fala a seguir:

“Às vezes, ele não toma o medicamento, diz que é muito grande, aquele comprimido, mas de vez em quando o problema é o descuido da mãe que esquece de dar o remédio!”

Mãe de Paulo (8 anos)

Como há duas crianças que não sabem que portam o vírus do HIV e utilizam medicamentos antirretrovirais, os pais foram questionados sobre como fazem com que os filhos ingiram diariamente os comprimidos. No caso de Carlos, a mãe disse que atualmente ele não pergunta mais, porém anteriormente ela dizia que era para “não ficar doente”. Já para Paulo, que indaga o uso do medicamento e recusa-se a tomar, a mãe diz que é para que ele fique “forte”.

A criança e a adolescente que sabem o motivo da ingestão do medicamento afirmam que, mesmo com os efeitos colaterais, fazem o uso por saber da sua importância. Isso demonstra que quando esse conhece sua situação de saúde, percebe os benefícios da T-ARV e os utiliza sem reclamações.

A questão “Você sabe o que é o HIV?” demonstra que a orientação recebida pela família e também o acompanhamento profissional, influenciam diretamente no conhecimento sobre a doença.

“Nóis tem uns soldadinhos, e que se a gente não toma os remédios pode ficar doente, não pode ficar sem tomar o remédio porque senão os nossos soldadinho vai ficando fraco, fraco.”

Joana (9 anos)

A fala remete a uma orientação recebida pela criança de uma das enfermeiras do SAE, que forneceu a ela um livro intitulado “Letícia/ Daniel: falando sobre AIDS”, criado pelo Grupo de Incentivo a Vida em parceria com a Casa Siloé (2010), que trata os efeitos da doença de forma lúdica e de fácil entendimento. Já no depoimento a seguir, percebe-se a falta de diálogo entre a família, ou de alguma forma o desinteresse da adolescente sobre sua condição de saúde.

“Eu só sei que é uma doença que pega...não sei mais nada”

Priscila (14 anos)

Durante toda a entrevista de Priscila, ela permaneceu resistente às perguntas e apresentou respostas diretas. Quando questionada sobre possíveis relacionamentos, ela riu e olhou diretamente para o pai, que estava sério, e a adolescente afirmou que nunca pensou nisso.

Quando inqueridas sobre os pontos ruins em ter HIV/AIDS, as duas meninas afirmaram que não há nada de mal nisso, expressando o fato de esta doença não criar barreiras e nem dificultar o convívio social. Da mesma forma, elas disseram que nunca foram proibidas ou deixaram de realizar alguma atividade por serem portadoras de HIV/AIDS:

Nunca deixei de fazer nada, posso fazer de tudo. Minha mãe deixa! (risos)

Joana (9 anos)

Os trechos, a seguir, demonstram que em alguns casos as crianças são mais suscetíveis às doenças oportunistas, que muitas vezes, debilitam e retiram as mesmas do convívio social.

“Faz um mês que a gente voltou de Cuiabá com ele. Ele ficou na UTI lá por 4 meses, de repente ele parou de andar, tava muito mal, pensei até no pior (emoção). Teve que fazer uma drenagem no músculo, não sei direito o que é. Ai ficou difícil porque todo mundo da escola teve que ficar sabendo porque ele tava internado. Antes ele também já tinha ficado um mês na UTI.”

Mãe de Carlos (11 anos)

Ao avaliar o período escolar em que as crianças se encontram, percebe-se que Carlos, com 11 anos está cursando o 4º ano do Ensino Fundamental, mesmo ano letivo que Joana de 9 anos. Segundo a mãe, os atrasos escolares do menino são devido às internações recorrentes, que atrapalham o ano letivo do mesmo.

Durante as entrevistas realizadas foi possível perceber que Joana, Priscila e Luiz não apresentam alterações no crescimento, desenvolvendo-se de forma saudável. Já Carlos e Paulo demonstram ter atraso no crescimento, pois apresentam baixo peso e menor estatura do que as preconizadas para a idade. Segundo a equipe do SAE, a situação refere-se, nestes dois casos, à situação socioeconômica da família, que muitas vezes não tem condições para alimentar-se adequadamente. Diniz et al (2011, p.132), demonstra que o HIV pode influenciar no crescimento:

A falência de crescimento nas crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus*, HIV) é um problema multifatorial decorrente da própria infecção, de doenças oportunistas e da ausência de controle virológico e imunológico. O funcionamento anormal da tireoide,

dos hormônios de crescimento e do metabolismo lipídico, assim como o gasto anormal de energia durante o repouso, também podem contribuir para o baixo crescimento.

Durante as entrevistas, foi perceptível a diferença de expressão facial, comportamental, e na maneira de falar sobre a doença das meninas que conhecem sua soro positividade; quanto aos demais participantes, que não sabem da sua condição sorológica, não foi possível avaliar seu conhecimento, muito menos seu enfrentamento mediante a doença, porém, percebe-se que estes realizam o tratamento com maior relutância, devido aos comentários dos responsáveis, podendo isto estar relacionado ao fato de desconhecerem a enfermidade e a importância da terapia. Nota-se, que mesmo com alguns episódios de preconceito, como o vivido por Priscila, o HIV não limita socialmente e fisicamente estas crianças, que em sua maioria, estão adequadamente matriculadas na escola, têm uma vida social e não têm doenças oportunistas com frequência.

Muitas vezes, as limitações e os medos são sofridos mais pelos familiares, que, por proteção, preferem não contar às pessoas de convívio e desta forma, podem influenciar indiretamente no tratamento. Contudo, com poucos episódios de preconceito ocorridos, percebeu-se que as crianças compartilham o medo de sofrê-lo com seus pais, como por exemplo, Joana, que nunca passou por isso, mas presenciou o sofrimento da mãe.

Considerações finais

Durante o presente estudo é possível perceber que as crianças e adolescentes dependem diretamente do cuidado recebido pelos pais e do apoio da equipe interdisciplinar do SAE.

Aquelas que sabem de sua doença conseguem conviver normalmente com a presença do vírus em seu organismo, porém, o que interfere no convívio em sociedade é o medo de sofrer preconceito. Percebe-se que muitas vezes há insegurança em revelar a doença para colegas e professores no ambiente escolar, não por problemas com a AIDS e sim, por medo da rejeição, muitas vezes sofrida pelos pais, que tentam proteger os filhos deste sofrimento.

O uso de medicamentos antirretrovirais tem influenciado na vida destas crianças e adolescentes, pois nota-se que apenas uma delas teve infecção oportunista e dificuldade para alimentar-se. As outras negaram qualquer tipo de internação, desde o início da T-ARV. Além disso, pode ser responsável também pelo crescimento e desenvolvimento normal das crianças. Alguns autores afirmam que, após a introdução destes medicamentos, houve um aumento significativo do peso e estatura das crianças portadoras de HIV/AIDS.

A partir das entrevistas que demonstram quanto o preconceito é presente na vida destas crianças e adolescentes, nota-se quão importante é a conscientização de professores e alunos em escolas, para que não sejam criadas situações constrangedoras por informações erradas que muitas vezes são fornecidas no lar ou até mesmo por professores sem conhecimento suficiente para falar sobre o HIV/AIDS.

O conhecimento das crianças e adolescentes sobre sua situação de saúde implica em um tratamento contínuo e responsável, tornando-o assim mais eficiente e eficaz, pois os próprios pacientes são conscientizados quanto aos horários dos medicamentos, a importância das consultas e do tratamento. O uso da medicação antirretroviral diariamente gera um grande desconforto na população infantil, porém quando elas sabem o

motivo do seu uso, os questionamentos não ocorrem e há maior facilidade na administração destas medicações.

O tamanho dos medicamentos antirretrovirais, bem como seu odor e gosto, é a queixa mais ouvida durante um diálogo com as crianças, os adolescentes e até mesmo com os pais. Isso demonstra a necessidade de pesquisas para a elaboração de medicamentos mais agradáveis para a criança, facilitando a ingestão e gerando maior conforto e adesão terapêutica.

Durante o atendimento destas crianças e adolescentes, os profissionais devem ficar atentos às dificuldades aqui expressas que são encontradas com maior frequência pelas crianças e pais, como o tamanho dos medicamentos, o preconceito sofrido, os efeitos colaterais da T-ARV, as doenças oportunistas adquiridas e o atraso no crescimento e desenvolvimento, pois, são estes os fatores que atualmente tem preocupado os familiares, assim como, seus filhos. A atenção especial para estes fatores gera uma maior confiança entre a equipe e a família, diminuindo os índices de abandono, e automaticamente reduzindo os índices de óbitos de crianças com HIV.

Os estudos que envolvem crianças e adolescentes portadores de HIV/AIDS remetem-se em sua maioria aos aspectos fisiológicos e aos efeitos dos medicamentos. Os aspectos psicológicos, assim como os sentimentos destes, juntamente com seus familiares, não são estudados com tanta frequência. Para as equipes de saúde, a avaliação destes aspectos influencia diretamente no atendimento oferecido às crianças e adolescentes. Estes estudos também são importantes para desmistificar a ideia errônea de muitos que acham que crianças com HIV/AIDS não têm capacidade de crescer e conviver em sociedade, porém avaliações como este estudo demonstram que, principalmente após a introdução da

T-ARV, estas crianças vivem, brincam, estudam e são felizes, como todas as outras, e, por isso, não devem ser vítimas de preconceito.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo; FRANÇA JR., Ivan; PAIVA, Vera. **Crianças e jovens vivendo com HIV/Aids: estigma e discriminação**. 2006. Disponível em: <WWW.comciencia.br>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1ºed, Ed. Edições 70, São Paulo, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. 1º ed; Série manuais n°85; Brasília; 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. 5. ed.; Séries manuais n. 46; Brasília; 2010.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e ciências humanas**. Londrina (PR): UEL; 1996.

DINIZ, Lilian Martins Oliveira et al. Impacto da terapia antirretroviral combinada no crescimento e nas taxas de hospitalização de crianças infectadas pelo HIV. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 2, 2011. Disponível em: <WWW.scielo.com>. Acesso em: 20 abr. 2012.

GRUPO DE INCENTIVO A VIDA; CASA SILOÉ. **Letícia e Daniel: falando sobre AIDS**. Ed Ave Maria, São Paulo, 2010.

SBI- SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Incidência de HIV entre os maiores de 50 anos preocupa**. 2008. Disponível em: <WWW.sbi.org.br>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SILVA, Cassandra Ribeiro O.; **Metodologia e Organização do projeto de pesquisa (GUIA PRÁTICO)**. Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará. Fortaleza –CE, 2004.

SOUZA, Ana Isabel Jatobá; SILVA, Kelly Maciel; SILVA, Mariléia. Cuidando de famílias de crianças soropositivas em domicílio. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 177-185; Maringá, 2003.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL REPRODUTIVO DE MULHERES ATENDIDAS PELA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Pacífica Pinheiro Cavalcanti²

Raquel Santos Brito³

Ana Lucia Sartori⁴

Carla Maria Lunardi⁵

Alydaiane Antonia Sales Jorge⁴

Débora Linsbinski Pereira⁴

Introdução

A Saúde reprodutiva envolve a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, e a liberdade para a pessoa decidir se quer ter filhos ou não, o número de filhos que deseja ter e em que momento da vida (BRASIL, 2009a). Pela sua importância ao indivíduo e à família, a atenção em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritária da Atenção Básica à saúde (BRASIL, 2010).

As mulheres que desempenham muitos papéis e múltiplas responsabilidades (por exemplo, trabalhadoras, esposas, mães, cuidadoras dos pais) precisam satisfazer as demandas competidoras e muitas mulheres têm pouco tempo para dispensar a si mesmo, podendo colocar as necessidades de outros antes de suas próprias necessidades de saúde. O enfermeiro deve

2 Enfermeira. Doutora em Farmacologia. Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso. Campus Universitário de Sinop - MT, Brasil. E-mail: pacificapinheiro@gmail.com

3 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. E-mail: raquelbrito.enf@hotmail.com

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

5 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

ser sensível a esses casos e estar preparado para realizar orientações sobre cuidados de saúde preventivos (SMELTZER et al., 2009).

A gestação juntamente com a puberdade e a menopausa são períodos marcantes que compõem o ciclo vital da mulher, influenciando sua sexualidade. Durante a gestação, a sexualidade é afetada por diversos fatores, tais como alterações na percepção da imagem corporal, diminuição no nível de energia, presença de sintomas fisiológicos e desconfortos corporais, ajustamento aos novos papéis sociais, alterações de humor, entre outros, que podem ser vivenciados pela gestante, bem como por seu parceiro (SAVALL et al., 2008).

Sabe-se que as mulheres constituem um dos principais grupos de usuários dos serviços de saúde, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. O fato se deve, basicamente, à necessidade de cuidados de saúde durante a menarca, gravidez, parto, puerpério e climatério.

Por essas razões, conhecer indicadores de saúde relacionados a tais condições é importante para o planejamento de ações em saúde, definição de prioridades, intervenções e avaliação da efetividade. Nesse sentido é importante que a população, os profissionais e até futuros profissionais da área da saúde conheçam o perfil reprodutivo. Ao se ampliar o conhecimento sobre a temática, tem-se a oportunidade de identificar aspectos não contemplados na assistência oferecida a essa população, em especial àqueles que podem interferir na saúde sexual e reprodutiva, afetando diretamente o relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, a qualidade de vida da comunidade.

Neste sentido, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil reprodutivo das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família de Si-

nop - MT, a fim de colaborar com o direcionamento das ações em saúde, que abordam integralmente a temática saúde da mulher.

Descrição metodológica

Trata-se de um estudo com foco descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Realizou-se a coleta de dados no período de abril a julho de 2011.

Os locais onde ocorreram as coletas de dados foram escolhidos por apresentarem um maior número de exames preventivos do câncer de colo de útero realizados em anos anteriores (SINOP, 2010). Os sujeitos do estudo foram 100 mulheres, que eram usuárias da Estratégia Saúde da Família local, em três Unidades de Saúde da Família (USF): Boa Esperança, Jardim Botânico e Dr. Carlos Scholtão.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantido o anonimato das participantes, bem como a possibilidade de desistência desta em qualquer momento da entrevista, sem nenhum prejuízo no atendimento de saúde (BRASIL, 1996). Deste modo, antes da coleta de dados o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso (n. 009/2011).

A pesquisa foi realizada por demanda espontânea e somente foram convidadas a participar mulheres que estivessem em uma das USF referidas e que fizessem parte de sua área de abrangência, porém, desde que estas estivessem seguindo os critérios de inclusão que constituiu, em serem mulheres com vida sexual ativa, com idade a partir de 18 anos de idade, que concordassem em participar da pesquisa e assinassem o Ter-

mo de Consentimento Livre e Esclarecido, excluindo as mulheres que apresentam transtornos mentais, percebíveis ou já diagnosticados.

Os dados foram obtidos através de uma entrevista semi-estruturada, seguindo um formulário previamente estabelecido, contendo questões amplas abordando os aspectos pertinentes à saúde reprodutiva, tais como a idade da menarca, o método contraceptivo utilizado, tipos de parto e até aspectos referentes à sexualidade durante a gestação e menopausa.

A análise dos dados foi feita a partir da estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa, sendo apresentados na forma de tabelas.

Resultados e discussão

Nota-se com os resultados do estudo que a idade das 100 mulheres entrevistadas variou entre 18 e 85 anos. O perfil sociodemográfico das pesquisadas encontra-se descrito na tabela abaixo:

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, de Sinop/MT, 2010 – 2011

Variáveis	N	%
Nível de escolaridade (N: 100)		
Ensino Fundamental Incompleto	41	41
Ensino Fundamental Completo	2	2
Ensino Médio Incompleto	10	10
Ensino Médio Completo	20	20
Ensino Superior Incompleto	16	16
Ensino Superior Completo	7	7

Analfabetas	4	4
Renda familiar* (N: 100)		
Menos de 1 salário mínimo	5	5
1 salário mínimo	19	19
2 salários mínimos	40	40
3 a 4 salários mínimos	23	23
5 salários mínimos ou mais	13	13
Estado civil (N: 100)		
Solteira	18	18
Viúvas	3	3
Casadas	44	44
União estável	35	35

*corresponde ao salário mínimo vigente em 2010, de R\$ 510, 00.

A pesquisa deixa claro que quanto à situação conjugal (N:100) o número de mulheres em união estável era de 35%, sendo semelhante ao percentual de mulheres casadas, com 44%.

No que diz respeito ao aumento do número de mulheres que mantinha uma relação conjugal estável com companheiro, alterações jurídicas em alguns países possibilitam às pessoas que coabitam a mesma posição legal dos indivíduos casados. Depoimentos de pessoas que vivem juntas mostram que a união torna-se um casamento legal depois de um período pré-determinado de tempo (MADALOZZO, 2008).

Nota-se que entre os direitos sexuais e reprodutivos estão o direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual e o direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física (BRASIL, 2006). Direitos tais evidenciados no aumento do número de mulheres em união estável.

Observa-se, a seguir, o perfil reprodutivo das entrevistadas, sendo que esses aspectos estão descritos na Tabela 2:

Tabela 2 - Perfil reprodutivo das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, de Sinop/MT, 2010 – 2011

Variáveis	N	%
Idade da menarca (N: 100)		
9-10 anos	8	8
11-12 anos	35	35
13-14 anos	42	42
15-16 anos	15	15
Método contraceptivo (N: 100)		
Contraceptivo oral	30	30
Contraceptivo injetável	3	3
Contraceptivo oral e condom	5	5
Condom	15	15
Dispositivo intra uterino	2	2
Histerectomia	5	5
Laqueadura	20	20
Retirada das trompas	1	1
Nenhum método	17	17
Partos (N: 85)		
Primípara	21	24,7
Múltipara	64	75,3
Abortos (N:34)		
1 aborto	23	67,6
2 abortos	8	23,5
3 abortos	2	5,9
4 abortos	1	2,9
Amamentação (N: 84)		
Até 6 meses	10	11,9
De 6 a 11 meses e 29 dias	14	16,7
Por um ano ou mais	51	60,7
Está amamentando	2	2,4
Não amamentaram	7	8,3
Menopausa (N: 100)		
Sim	24	24
Não	76	76

A idade mediana da menarca (N: 100) foi de 13 anos. Fato semelhante ao encontrado na literatura, onde a mediana da menarca entre as escolares foi de 12,52 anos, sendo esse valor mais tardio nas meninas pertencentes à classe social menos favorecida e naquelas cujos pais estavam desempregados (TAVARES et al., 2000).

Estudos mostram o aumento gradual da menarca dos nove aos 17 anos de idade, sendo que aos 13 anos de idade, aproximadamente, 63% das meninas já tinham apresentado a menarca, e aos 14 anos estes valores ficaram próximos a 90%, independente do nível socioeconômico (ROMAN et al., 2009). Esses resultados corroboram com dados encontrados nesta pesquisa, onde a idade da menarca variou entre 9 e 16 anos e onde apenas 15% tiveram a menarca com idade entre 15 e 16 anos.

Como observado acima, os métodos contraceptivos mais utilizados foram (N: 100) contraceptivo oral com um percentual de 30%, laqueadura 20% e o condom por 15% das entrevistadas.

Os métodos contraceptivos são os aliados do casal para alcançar sucesso no planejamento familiar, evitando gravidez não desejada, por meio do uso adequado, além dos condoms proporcionar a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS. Existem inúmeros métodos contraceptivos, mas sabe-se que, no Brasil, há hegemonia de dois métodos em especial: a anticoncepção oral e a ligadura tubária (CARRENO et al., 2006).

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a

mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Quando questionadas sobre aborto (N: 34), 34% referiram já ter sofrido pelo menos um aborto no decorrer da vida.

Entende-se que entre os sentimentos vivenciados por mulheres que abortam, destacam-se: tristeza, dor pela perda, angústia, medo, ansiedade, nervosismo e constrangimento (BAZOTTI et al., 2009). Fatores que podem ser trabalhados durante os atendimentos de saúde oferecidos na atenção primária, evitando assim problemas emocionais que poderiam influenciar na vida cotidiana.

No que se refere à amamentação entre as mulheres (N: 84) 11,9% amamentaram até 6 meses, de 6 a 11 meses e 29 dias 16,7%, por um ano ou mais 60,7%, não amamentaram 8,3% e 2,4% estavam amamentando no momento.

Amamentar é muito mais que alimentar uma criança, é uma interação profunda. Através da amamentação é comprovada a melhora no estado nutricional da defesa do organismo contra infecções, no desenvolvimento cognitivo e emocional. Percebe-se quando não há um aleitamento exclusivo menor a eficácia da lactação como método anticoncepcional. Além disso, o Ministério da Saúde preconiza a amamentação até os dois anos, e assim a amamentação exclusiva é até os 6 meses, podendo complementar após os 6 meses com outros alimentos, pois isso auxilia no crescimento, desenvolvimento e na prevenção de doenças (BRASIL, 2009b).

Percebe-se que entre as entrevistadas (N: 100) 24% estão na menopausa. É fato que na mulher, após a menopausa, tanto pode ocorrer diminuição da libido, às vezes ligada à sensação de perda da juven-

tude e da capacidade reprodutiva, quanto exacerbação dela, por não mais haver o desconforto relacionado aos períodos menstruais, nem o medo de uma gestação indesejada. É importante lembrar que qualquer que seja o papel da menopausa, ele será sempre secundário em relação a todos os outros elementos que influenciam a vida sexual. É importante lembrar também que a menopausa não é uma doença (crença fortemente disseminada) e pode ser vivida com saúde e prazer (BRASIL, 2010).

É evidente que desejo e a disposição sexual são de extrema importância em todos as fases da vida da mulher, para que se tenha saúde reprodutiva e um relacionamento conjugal satisfatório para ambos os parceiros. Sabe-se que estes aspectos podem ser alterados durante a gestação, amamentação e menopausa, assim eles foram analisados e estão dispostos na tabela abaixo:

Tabela 3 - Disposição e desejo sexual durante a gestação, amamentação e menopausa das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, de Sinop/MT, 2010 – 2011

Variáveis	N	%
Disposição sexual durante a gestação (N: 85)		
Aumentou	17	20
Continuou igual	34	40
Diminuiu	34	40
Trimestre que diminuiu a disposição sexual (N: 33)		
1º trimestre	1	3
2º trimestre	4	12,1
3º trimestre	21	63,6
Todo o processo gestacional	7	21,2

Desejo sexual durante a amamentação (N: 78)		
Aumentou	2	2,6
Continuou igual	53	67,9
Diminuiu	23	29,4
O desejo sexual durante a menopausa (N: 23)		
Diminuiu	18	78,3
Não diminuiu	5	21,7
A lubrificação vaginal na menopausa? (N: 22)		
Diminuiu	15	68,2
Não diminuiu	7	31,8

Verifica-se que (N: 85) 20% das mulheres múltíparas e primíparas afirmaram um aumento na disposição sexual durante a gestação, enquanto 40% perceberam uma redução na libido. Ao serem questionadas sobre qual o trimestre gestacional propiciou maior diminuição (N: 33), 63,6% referiram que essa diminuição ocorreu nos últimos três meses de gestação.

Uma pesquisa que analisa a vida sexual no período gestacional mostra que a disposição sexual de 62,5% das participantes se alterou durante o período gestacional e que a de 42,5% apresentou-se diminuída. Observou-se que destas no terceiro trimestre gestacional, cerca de 20% das gestantes mantiveram a frequência sexual como antes da gestação, enquanto mais de 60% alegaram ter diminuído sua frequência sexual, e as demais (20%) declararam ter aumentado a frequência ou não responderam à questão, indicando a possibilidade de terem interrompido a atividade sexual durante o último trimestre (SAVALL et al., 2008).

A influência da gestação na sexualidade feminina é uma realidade da mulher, sendo necessário, portanto, uma orientação direcionada para esse aspecto da vida da gestante durante a consulta pré-natal. A assistên-

cia pré-natal é um momento importante para que a mulher possa expor suas dúvidas e necessidades, durante a interação que se estabelece entre os enfermeiros e sua clientela, buscando sempre a promoção da saúde física, mental e sexual daquela que acompanhamos (ORÍÁ et al., 2004).

O desejo sexual durante a amamentação (N: 78), aumentou para 2,6%, continuou igual para 67,9% e diminuiu em 29,4% das mulheres que amamentaram.

No puerpério, provavelmente, a mulher não sentirá prazer nas primeiras relações pós-parto. Há deficiência hormonal, existe um aumento na produção de prolactina e desconforto das mamas cheias de leite. O casal deve ser instruído a usar lubrificante e condom (FREITAS et al., 2006).

No que diz respeito à relação sexual na menopausa, percebe-se, que a questão do desejo sexual neste período não segue uma linearidade fácil de ser mensurada, geralmente diminui. É, contudo, resultante de um intrincado emaranhado de fatores: biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, tudo isso encarado numa perspectiva histórica. Faz-se necessária, no manejo das mulheres que estão sentindo os efeitos dessa síndrome, uma abordagem que permita a expressão dos sentimentos (VALENÇA, 2010). Observa-se na tabela acima que das entrevistadas que estão na menopausa (N: 23), 78,3% perceberam um diminuição no desejo sexual nesta nova fase da vida.

Há duas alterações principais na fisiologia da mulher a partir da meia-idade que podem levar a disfunções sexuais: redução na taxa de produção e volume do líquido lubrificador da vagina, e alguma perda na elasticidade da vagina (BRASIL, 2010).

As mudanças no epitélio e na musculatura vaginal decorrentes das alterações hormonais, acrescidas da diminuição na lubrificação genital provocam secura vaginal e, muitas vezes, dispareunia, condições que têm sido responsabilizadas pelo comprometimento da atividade sexual feminina nesse período (FLEURY; ABDO, 2010). Essa diminuição da lubrificação vaginal foi observada, visto que das mulheres que estavam na menopausa (N: 22), 68,2% perceberam diminuição da lubrificação vaginal.

O envelhecimento sexual é um dos fatores mais frequentemente apontados como fonte de angústia para mulheres e homens nessa fase da vida. As modificações orgânicas que ocorrem na mulher durante o climatério não obrigatoriamente implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual, que pode ser mais lenta (BRASIL, 2008).

Apesar de a maioria dos idosos casados se manterem sexualmente ativos, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação podem fazer com que o comportamento sexual na terceira idade seja visto como inadequado, imoral ou anormal, por vezes até pelos próprios idosos, que podem experimentar um sentimento de culpa ou de vergonha. Ao contrário, é a incapacidade de ter uma vida sexual satisfatória (o que inclui, mas não se restringe à capacidade de ter relações sexuais), que deve ser considerada anormal e para a qual deve ser oferecido tratamento, em qualquer idade que se manifeste (BRASIL, 2010).

Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. A sexualidade também deve integrar a avaliação global da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2010).

O ensino das mulheres e seus corpos em modificação é uma intervenção de enfermagem. As mulheres necessitam, além de esclarecimentos sobre o que acontece em seus corpos em mudança, de oportunidades para discutir a ambiguidade entre os estereótipos culturais e suas experiências pessoais (BERNI et al., 2007). O ideal é que esta educação em saúde seja realizada durante a consulta de enfermagem com a posterior realização do exame preventivo.

É fato que o amor, o namoro diário e gestos de carinho antes da relação sexual são aspectos essenciais à vida conjugal e estes aspectos são apresentados na Tabela 4:

Tabela 4 - Aspectos essenciais a vida sexual com parceiro fixo (amor, namoro e gestos de carinho), das mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, de Sinop/MT, 2011.

Variáveis	N	%
Amor (n: 98)		
Existe amor na relação	83	84,7
Não existe mais amor	15	15,3
Namoro (n: 98)		
Diariamente, com toques e carícias	79	80,6
Só no início da relação	19	19,4
Carinho (n: 98)		
Existem preliminares	85	86,7
Não demoramos, já vamos à penetração	13	13,3

Quando interrogadas sobre presença do amor, do namoro diário e das preliminares antes da relação sexual (N: 98): verificou-se que 15,3% das mulheres afirmaram não existir mais amor na relação, 19,4% citaram que o namoro era só no início da relação e para 13,3%, no momento do ato sexual os parceiros, não empreendem nas preliminares e se preocupam somente com a penetração. Além disso, ressalta-se que 2 pessoas negaram a responder estes questionamentos.

O casal não pode deixar que ocorram a inexistência do sentimento amoroso na vida conjugal, em principal a mulher (BOZON, 2003). Além disso, é importante a presença do namoro diário para tornar a vida conjugal mais consistente. Já no que se refere às preliminares antes da relação sexual, induzem à lubrificação vaginal, podendo evitar a dispareunia.

Considerações finais

Verificou-se que as mulheres passam por várias mudanças no decorrer de suas vidas, e neste estudo foi evidenciado uma menarca cada vez mais precoce e que na idade adulta houve um aumento do número de mulheres em união estável.

Ficou evidente nas entrevistadas que o desejo sexual diminuiu durante a amamentação e na menopausa. Ressaltando a importância da abordagem destes assuntos pelos profissionais de saúde, para que não sejam visualizados e experienciados como fonte de angústia.

Sabe-se que a autoestima está diretamente relacionada à perspectiva de vida da mulher e isso implica na conduta dela diante das situações vivenciadas no seu cotidiano. Sendo assim, o surgimento do aborto, a diminuição do desejo sexual na gestação e amamentação ou até mesmo a chegada da menopausa e suas implicações podem diminuir a autoestima no domínio emocional, social e sexual.

Além disso, cabe ao enfermeiro programar ações direcionadas à atenção integral à saúde da mulher, de forma a minimizar as patologias próprias do gênero, e orientá-las para adoção de uma postura preventiva, que garanta uma saudável expressão da sexualidade e, dessa forma, uma vida mais benéfica. Logo a atuação da enfermagem na atenção à saúde

reprodutiva da mulher poderá propiciar uma vivência da sexualidade de maneira plena, sendo que essa mulher seja consciente de suas escolhas, principalmente no que se refere à vivência de uma vida sexual e reprodutiva segura, informada, agradável e baseada na autoestima e no respeito.

REFERÊNCIAS

BAZOTTI, K. D. V.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. *Revista Texto contexto enfermagem*. v.18, n.1, Florianópolis: 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2011.

BERNI, N. I. O.; LUZ, M. H.; KOHLRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: maio – junho de 2007; v. 60, n. 3, p. 299-306. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a10.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

BOZON, M. Sexualidade e conjugalidade a redefinição das relações de gênero na França contemporânea. **Cadernos pagu**, v. 20, p.131-156, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n20/n20a05.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARRENO, I.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A.; MENEGHEL, S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1101-1109, maio de 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/23.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

FLEURY, H. J.; ABDON, C. H. N. Modalidades de tratamento para sintomas sexuais da menopausa. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo: 2010; v.15, n. 4, p. 187-90. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n4/a1722.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MADALOZZO, R. An Analysis of Income Differentials by Marital Status. **Estudo e economia**, São Paulo: v. 38, n. 2, p. 267-292, abril a junho de 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ee/v38n2/a03v38n2.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

ORIÁ, M. O. B.; ALVES, M. D. S., SILVA, R. M. Repercussões da gravidez na sexualidade feminina. **Revista de Enfermagem UERJ**, 2004; v. 12, p.160-5; Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a06.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2011.

ROMAN, E. P. et al. **Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR)**. Revista Associação Médica Brasileira, São Paulo, 2009; v. 55, n. 3, p. 317-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300026>. Acesso em: 10 jun. 2011.

SMELTZER, S. C. et al. Tratado de Enfermagem Médica-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SAVALL, A. C. R; MENDES, A. K; CARDOSO, F. L. Perfil do Comportamento Sexual na Gestação. **Fisioterapia e Movimento**, Santa Catarina, abril – junho de 2008; v. 21, n. 2, p. 61-70. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1940&dd99=view>>. Acesso em: 16 maio 2010.

SINOP. Secretaria Municipal de Saúde. **Consolidado das Famílias Cadastradas no ano de 2010**. Sinop, 2010.

TAVARES, C. H. F. et al. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, julho – setembro de 2000, v. 16, n. 3, p. 709-715. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2956.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

VALENÇA, C. N.; FILHO, J. M. N.; GERMANO, R. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde sociedade**, v.19, n. 2, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2011.

DIAGNÓSTICO DA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SINOP

Juliane Lachovicz Huzjik¹
Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho²
Karenine Maria Holanda Cavalcante³
Maria Conceição Filgueiras Ferraz Araújo⁴

Introdução

A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e abrange um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, cujos objetivos são: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (SOARES; PINTO; THUMÉ, 2011). Na década de 90, o Governo Federal iniciou a implantação dos princípios do SUS, na atenção básica, que foram definidos pela Lei Federal nº 8.080/90⁵, como universalidade de acesso aos serviços, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990).

Ainda de acordo com Soares, Pinto e Thumé (2011), para a consolidação da proposta de reorganização da atenção básica, ocorreu em

1 Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Universitário de Sinop.

2 Enfermeira. Mestre em Educação. Professora Adjunta I, Universidade Federal de Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop, MT- Brasil.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I, Universidade Federal de Sergipe. *Campus* Universitário de Lagarto - SE, Brasil.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus-BA.

5 Lei Federal 8080/90 conhecida também como Lei orgânica da Saúde.

1991 a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994, a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), estabelecendo o Programa de Saúde da Família (PSF) que atualmente é conhecido como Estratégia de Saúde da Família. Apesar da mudança política e ideológica, na conformação das equipes e do modelo assistencial com a Estratégia de Saúde da Família, o enfoque preventivo e curativo juntamente com o atendimento organizado, ainda pautam o trabalho das equipes de saúde.

Para isso, a ESF tem uma composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. Esta é responsável pela atenção integral à saúde de uma população de até quatro mil pessoas em seu território de abrangência. A Estratégia de Saúde da Família tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica dos diferentes Municípios nos quais foi implantado, apesar da constatação de um número significativo de unidades apresentarem estrutura física inadequada e não raramente improvisada (BRASIL, 2008).

É imprescindível que o Município tenha capacidade para organizar o serviço de atenção básica à saúde e dispor de instalações adequadas, pois a simples disponibilização de profissionais de saúde nos espaços voltados para a prestação destes serviços não possibilita a transformação que o SUS necessita para o atendimento, seguindo o princípio da universalização (MINAS GERAIS, 2004).

Outra questão igualmente relevante é levantada por Soares; Pinto e Thumé (2011), diz respeito à prestação do cuidado humanizado, os autores colocam que um ambiente de trabalho saudável, contribui para a produção, motiva, satisfaz e produz a qualidade de vida necessária para sua saúde.

No município de Sinop muitas das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) se encontram adaptadas em ambientes com estruturas físicas já existentes. Tal fato se caracteriza como um problema para saúde pública, tendo em vista que parcela da população permanece sem o atendimento adequado. Parte desta população é composta por deficientes físicos e idosos, que necessitam de uma boa estrutura física para o atendimento adequado. Também deve-se levar em consideração o aumento da população no município, que segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), cresceu de 74.831 para 113.082, *entre os anos de 2000 a 2010. Tal dado influencia diretamente o atendimento da população na atenção primária, pois o aumento da população aumenta a demanda da procura de usuários da atenção primária do SUS, e conforme preconiza o Manual do Ministério da Saúde: As ESF estão capacitadas a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a este compromisso (BRASIL, 2008, p. 9).*

Nessa perspectiva, o presente trabalho objetivou analisar as estruturas físicas das UBS's no Município de Sinop – MT e comparar com o proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Descrição Metodológica

Para tanto, buscamos alguns métodos que subsidiassem nosso objetivo. Trata-se de um estudo de natureza aplicada que visa gerar conhecimentos para aplicação prática de solução de problemas locais (LACATOS; MARCONE, 1991). De caráter descritivo, segundo Andrade (2005): “[...] nesse tipo de pesquisa os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira

neles”. Com abordagem quantitativa, pois como coloca Leopardi (2001), o interesse está em fatos objetivamente detectados e observáveis, seja em sua produção, seja em seu desenvolvimento.

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Sinop - MT, os dados foram coletados através de visitas às 17 UBS's da cidade sendo que cinco são considerados Centros de Saúde e doze são unidades de Estratégia de Saúde da Família. Foi utilizado um roteiro estruturado, com a finalidade de guiar a captação das informações pertinentes para a elaboração deste estudo que se caracteriza como estudo observacional. Após o término da coleta, os dados foram codificados e tabulados, visando facilitar a análise. As informações foram analisadas por meio de estatística descritiva.

As Unidades Básicas de Saúde da Família foram codificadas por números de 01 a 17, de acordo com a realização das visitas. Avaliamos os seguintes indicadores: *Sala de espera, Recepção e arquivo, Administração e gerência, Sala de reuniões, Almoxarifado, Farmácia, Consultório médico 1, Consultório médico 2, Consultório enfermagem 1, Consultório enfermagem 2, Sala de procedimentos, Sala de vacina, Sala de coleta⁶, Sala de nebulização, Sala de curativo, Consultório odontológico, Sanitário, Banheiro para funcionários, Cozinha/copa, Depósito de material de limpeza (DML), Central de Material e Esterilização (sala de recepção,*

6 Espaço destinado à coleta de material para análises clínicas a ser encaminhado ao laboratório. Caso a UBS não possua sala específica para coleta, a equipe deve programar horários para a execução dessa atividade de forma a possibilitar que sua realização se dê em uma das salas de procedimentos, respeitando as condições técnicas necessárias. Sua localização deve ser prevista de forma que o usuário não transite nas demais dependências da UBS. Prever instalação de bancada com pia, torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, armários sobre e sob bancada, 1 mesa tipo escritório com gavetas, 3 cadeiras, 1 mesa para exame clínico, 1 escada com dois degraus. Área mínima de 6,50 m² com dimensão mínima de 2,50m.

lavagem e descontaminação, guichê, esterilização e estocagem do material esterilizado), Sala de utilidades, Depósito de lixo, Abrigo de Resíduos Sólidos e Corredores.

A classificação das formas de avaliação adotada ancorou-se nas proposições do Ministério da Saúde, conforme preconizado pelo Manual do Ministério ao inserir como devem ser as estruturas físicas das UBS's, sendo classificado como **compatível**, a área que se encontra em conformidade com o que é proposto; **incompatível** a área que se apresenta irregular com o que é proposto e **não se aplica** aos ambientes inexistentes nas UBS's.

O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família, propõe as características estruturais a serem observadas. São elas: a) ambiência (dimensão das salas); b) ventilação; c) iluminação; d) pisos e paredes; e) cobertura; f) materiais de acabamento; g) fluxo de pessoas e materiais; h) portas i) janelas; j) lavatório e pias; l) bancadas, armários e estantes; m) área externa; e n) sinalização (BRASIL, 2008).

Embora reconheçamos a abrangência do Manual, entendemos que a natureza da pesquisa não possibilita a abordagem de todos os aspectos abordados.

Para tanto, no âmbito do presente estudo, optou-se por avaliar e comparar os seguintes componentes estruturais: a) ambiência (dimensão das salas); b) ventilação; c) iluminação dos ambientes; e d) piso e paredes (condições da área física), por considerá-los como requisitos mínimos para o atendimento de qualidade, conforto e o bem-estar do paciente dentro da UBS. Relatamos, a seguir, quais os resultados encontrados:

7 Espaço que permite a comunicação entre sala de recepção, lavagem e descontaminação do material e a sala de esterilização e estocagem do material esterilizado.

Ressalta-se que esta pesquisa não envolveu dados de seres humanos, não havendo necessidade de encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, foram respeitados os princípios éticos que regem as pesquisas científicas, uma vez que a mesma só se iniciou após a aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde de Sinop-MT e dos enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde.

Resultados e discussões

Esta seção expõe de maneira descritiva os dados encontrados sobre a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde de Sinop. Para facilitar a observação dos achados, os resultados foram expostos em quadros e imagens.

Ambiência (dimensão das salas)

A ambiência de uma UBS significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os usuários (BRASIL, 2008, p. 27). Portanto, foi avaliado se as dimensões das salas se encontravam dentro dos tamanhos preconizados pelo Manual, de igual modo, avaliou-se a presença e ausência destes ambientes.

Os resultados encontrados na pesquisa, com relação à ambiência de cada espaço, estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das unidades básicas de saúde quanto à condição da ambiência (dimensão das salas). Sinop, nov. 2011.

Indicadores	Compatível	Incompatível	Não se aplica	Total
Sala de espera	13	4	0	17
Recepção e arquivo	14	3	0	17
Administração e gerência	0	0	17	17
Sala de reuniões	7	1	9	17
Almoxarifado	7	4	6	17
Farmácia	7	10	0	17
Consultório médico 1	15	2	0	17
Consultório médico 2	6	0	11	17
Consultório enfermagem 1	4	12	1	17
Consultório enfermagem 2	3	3	11	17
Sala de procedimentos	8	9	0	17
Sala de vacina	0	15	2	17
Sala de coleta	2	15	0	17
Sala de nebulização	2	11	4	17
Sala de curativo	6	9	2	17
Consultório Odontológico	4	5	8	17
Sanitário	3	14	0	17
Banheiro para funcionários	0	17	0	17
Cozinha/copa	13	4	0	17
Depósito de material de limpeza (DML)	7	4	6	17
Sala de lavagem e descontaminação	5	2	10	17

Guichê	4	3	10	17
Sala de esterilização e estocagem	1	13	3	17
Sala de utilidades	13	4	0	17
Depósito de lixo	0	0	17	17
Abrigo de resíduos sólidos	0	0	17	17
Corredores	6	8	3	17

Fonte: Dados coletados do estudo realizado em 17 UBS do Município de Sinop – 2011. Nota (1): Dimensão¹ diz respeito ao espaço físico que pode ser medido em metros em cada sala.

O Quadro 1 ilustra que treze das dezessete unidades observadas no estudo apresentou salas de espera conforme preconiza o Manual de estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família.

Para o Governo Federal, a sala de espera é um espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardarão o atendimento. Deve ser planejada de forma a proporcionar um ambiente confortável e agradável, incluindo adequações de luminosidade, temperatura, ruídos e posicionamento dos assentos para proporcionar interação entre os indivíduos (FREITAS; ALMEIDA; FONSECA, 2009). A sala de espera na maioria das UBS's foi encontrada com tamanhos adequados, proporcionando conforto nos momentos de espera dos pacientes pelas consultas, conforme ilustra a figura 1.

8 Devido à ausência das salas de administração e gerência, depósito de lixo e abrigo de resíduos sólidos, as mesmas foram destacadas somente na Tabela 1. Guichê, janela de comunicação entre a sala de lavagem e descontaminação e a sala de esterilização e estocagem, foi destacado somente na Tabela 1 por ser avaliada somente no item Ambiência (dimensão das salas).

Figura 1 - Ilustração da sala de espera da UBS nº 13 – Sinop 2011.



Fonte: Arquivo pessoal.

A recepção e o arquivo de quatorze das dezessete UBS's apresentaram dimensões conforme preconiza o Manual, porém as unidades de Sinop são adaptadas para que o arquivamento dos prontuários seja feito junto à recepção. Sabe-se que a recepção se destina à informação, registros, agendamentos junto aos usuários. Logo entende-se que, conforme propõe o Manual, o ideal é que haja dois ambientes diferentes para as duas finalidades, o que não ocorre em todas as unidades, uma vez que o que se observa é um local de difícil acesso e movimentação para os funcionários, onde podemos encontrar a recepção e o arquivo em um mesmo local.

Neste estudo, detectou-se a ausência da sala de administração e gerência nas dezessete unidades de saúde analisadas, sendo este um ambiente imprescindível para o desenvolvimento de atividades administrativas da UBS.

Nove das dezessete unidades analisadas não apresentavam sala de reunião e uma destas está fora das dimensões adequadas para a demanda

de funcionários. Considerada um local destinado às atividades educativas em grupo, constatamos a dificuldade na realização de atividades coletivas com a comunidade e profissionais, até mesmo na articulação e planejamento de ações preventivas e informativas à população.

Em uma minoria dos ambientes mais simples, como almoxarifado, farmácia, Depósito de Material de Limpeza (DML), cozinha/copa e sala de utilidades, observou-se falhas tanto em dimensão como em ausência destes ambientes, porém a maioria dessas salas se apresentaram dentro dos padrões preconizados pelo Manual.

Os espaços destinados ao atendimento individual do paciente, compartilhado pelos profissionais, como os consultórios de enfermagem 1 e 2, que em várias unidades, estavam com as dimensões fora do padrão, diferente dos consultórios médicos 1 e 2 que na maioria dos casos se apresentou com a dimensão indicada.

Constatou-se condições inadequadas de biossegurança, uma vez que sala de procedimento, coleta, nebulização e curativo além de estarem fora dos padrões adequados de tamanho também eram utilizadas para a realização de procedimentos distintos. Temos como exemplo, a figura 2, que ilustra as placas informativas de atividades realizadas em apenas uma sala da UBS.

Levando em consideração as premissas do SUS, que traz em sua ideologia a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde como objetivos primordiais, vale ressaltar que um dado relevante foi encontrado no âmbito do presente estudo. As salas de vacinas das Unidades Básicas de Saúde foram todas consideradas inadequadas quando comparadas ao que propõe o Manual do Ministério da Saúde. Esta sala tem o objetivo procedimentos que visam a imunização (vacinação) dos usuários, o que se

caracteriza como uma das maneiras de promover a prevenção de doenças e outros agravos a saúde, tal fato denota uma lacuna nos objetivos preconizados pelo SUS.

Figura 2 - ilustração de placas informativas das atividades realizadas na sala da UBS nº16. Sinop 2011.



Fonte: Arquivo pessoal.

Já na avaliação da sala de coleta de quinze das dezessete UBS's foram consideradas inadequadas, por não permitirem o acesso independente de outras salas e algumas pela dimensão estar fora do padrão proposto pelo Manual.

Resultados semelhantes aos encontrados neste estudo foram destacados por Siqueira et al. (2007) que apresentou um aspecto importante, no que diz respeito à alta prevalência de instalações sanitárias inadequadas, que deveriam estar em lugares acessíveis, próximos à circulação, sendo adequados ao uso das pessoas com dificuldades, portadores de necessidades especiais e idosos. Como ilustrado na figura 3, temos um dos diversos banheiros encontrados fora dos padrões nas UBS.

Figura 3 - Ilustração do banheiro da UBS nº13. Sinop 2011



Fonte: Arquivo pessoal.

Os banheiros dos funcionários de todas as UBS's de Sinop foram considerados inadequados e divergentes do que preconiza o Manual do Ministério da Saúde, pois os mesmos não apresentam box e local para armários individuais.

A sala de lavagem e descontaminação é destinada à recepção do material contaminado no intuito de realizar a limpeza e descontaminação deste. Após este processo, os materiais são encaminhados para a sala de esterilização e estocagem, onde é realizada a esterilização do material através da autoclave e o armazenamento do material esterilizado em armários específicos. A referida sala não existe na maioria das UBS's. Outro componente importante que favorece a comunicação entre sala de lavagem e descontaminação e a sala de esterilização e estocagem é o guichê que também foi classificado como ausente na maioria das salas.

A sala de esterilização e estocagem estava presente em quase todas as UBS's, porém na maioria das vezes, a mesma se encontrou fora da dimensão adequada sugerida pelo Manual, chegando o ambiente a ter espaço somente para a autoclave, não permitindo a presença de um armário, essencial para o armazenamento do material, como nos mostra a figura 4.

Figura 4 - Ilustração da sala de esterilização e estocagem da UBS nº12 – Sinop 2011



Fonte: Arquivo pessoal.

Outro fator é a ausência de depósitos de lixo e abrigo de resíduos sólidos em todas as unidades de saúde do Município. Muitas vezes o lixo contaminado, que deve ser acondicionado em local apropriado para sua coleta é desprezado juntamente com o lixo comum (não contaminado), que fica localizado no chão, diversas vezes situado fora das UBS's, aguardando a remoção pelo serviço de limpeza urbano como ilustra a figura 5.

Figura 5 - ilustração do local de depósito de lixo da UBS nº5 – Sinop 2011



Fonte: Arquivo pessoal.

O Manual preconiza ainda que,

[...] nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante,

telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros. (BRASIL, 2008, p. 27).

Muitos dos corredores estavam fora da metragem mínima preconizada, o que não permitia a circulação de pacientes, usuários de cadeira de rodas e macas.

Iluminação e ventilação dos ambientes internos

A iluminação foi avaliada quanto à maior luminosidade natural possível dos ambientes encontrados nas UBS's e a ventilação avaliada quanto à existência de janela nos ambientes, as quais possibilitam a adequada salubridade dos mesmos, conforme preconiza o Manual. Os resultados foram os seguintes:

Quadro 2 - Distribuição das unidades de saúde quanto à iluminação e ventilação dos ambientes internos. Sinop, nov. 2011

Indicadores	Compatível	Incompatível	Não se aplica	Total
Sala de espera	12	5	0	17
Recepção e arquivo	12	5	0	17
Sala de reuniões	6	2	9	17
Almoxarifado	5	6	6	17
Farmácia	10	7	0	17
Consultório médico 1	14	3	0	17
Consultório médico 2	6	0	11	17

Consultório enfermagem 1	12	4	1	17
Consultório enfermagem 2	5	1	11	17
Sala de procedimentos	8	9	0	17
Sala de vacina	7	8	2	17
Sala de coleta	10	7	0	17
Sala de nebulização	5	8	4	17
Sala de curativo	7	8	2	17
Consultório Odontológico	9	0	8	17
Sanitário	10	7	0	17
Banheiro para funcionários	10	7	0	17
Cozinha/copa	15	2	0	17
Depósito de material de limpeza (DML)	7	4	6	17
Sala de lavagem e descontaminação	4	3	10	17
Sala de esterilização e estocagem	8	6	3	17
Sala de utilidades	8	9	0	17
Corredores	3	11	3	17

Fonte: Dados coletados do estudo realizado em 17 UBS do Município de Sinop – 2011.

Segundo o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família (BRASIL, 2008), recomenda-se que todos os ambientes sejam claros, com o máximo de luminosidade natural possível e com ventilação adequada para manter a salubridade na UBS e possibi-

lite a circulação do ar e que todos os ambientes disponham de janelas ou ventilação indireta adequada através de exaustores.

Conforme os dados expostos no quadro 2, as UBS's que compuseram a pesquisa não possuem ventilação indireta (exaustores) e várias salas dessas unidades não apresentam janelas, o que impede a ventilação adequada e até mesmo a iluminação natural que é feita pela claridade proporcionada pelo sol. Em algumas dessas salas faltavam até mesmo a iluminação artificial feita por lâmpadas. Dentre os ambientes que apresentavam lacunas nesse quesito, podemos citar a farmácia, a sala de procedimentos, a sala de vacina, a sala de coleta, a sala de nebulização, a sala de curativo, o banheiro dos funcionários e os sanitários destinados aos usuários do serviço, a sala de utilidades, bem como os corredores.

Há necessidade de bom nível de luminosidade para a execução eficiente e confortável das atividades de saúde. Sabe-se também que muitos contaminantes biológicos estão presentes nos ambientes de saúde e que para alcançar o controle destes faz-se necessário a renovação deste ar por ar não contaminado, em tais proporções que possam evitar a acumulação progressiva de contaminantes. De modo geral, as principais doenças associadas aos contaminantes biológicos (bactérias, fungos, ácaros e esporos) são reações alérgicas como asma, rinite, pneumonite alérgica e infecção pulmonar como pneumonia (SCHIRMER et al., 2008).

Condições da Área Física Interna (piso)

As condições da área física interna (piso) foram avaliadas quanto aos ambientes possuírem este revestimento com superfície lavável, regular, firme, estável e antiderrapante, evitando a trepidação em dispositivos de rodas.

No que concerne às condições da área física interna (piso) nos ambientes do interior do prédio, as Unidades Básicas de Saúde encontravam-se do seguinte modo:

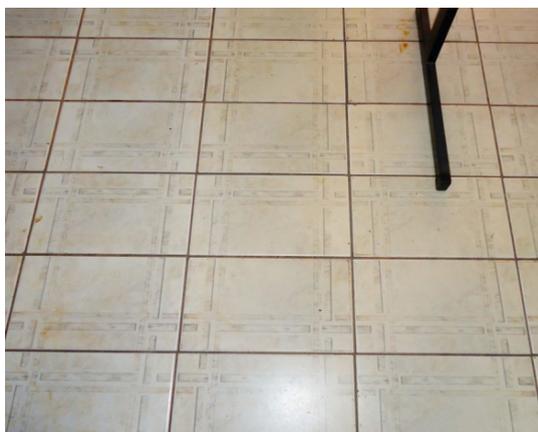
Quadro 3 - Distribuição das unidades de saúde quanto às condições da área física interna (PISO). Sinop, nov. 2011.

Indicadores	Compatível	Incompatível	Não se aplica	Total
Sala de espera	7	10	0	17
Recepção e arquivo	6	11	0	17
Sala de reuniões	3	5	9	17
Almoxarifado	5	6	6	17
Farmácia	6	11	0	17
Consultório médico 1	5	12	0	17
Consultório médico 2	4	2	11	17
Consultório enfermagem 1	4	12	1	17
Consultório enfermagem 2	4	2	11	17
Sala de procedimentos	6	11	0	17
Sala de vacina	5	10	2	17
Sala de coleta	7	10	0	17
Sala de nebulização	6	7	4	17
Sala de curativo	6	9	2	17
Consultório Odontológico	4	5	8	17
Sanitário	8	9	0	17
Banheiro para funcionários	9	8	0	17
Cozinha/copa	8	9	0	17
Depósito de material de limpeza (DML)	5	6	6	17
Sala de lavagem e descontaminação	4	3	10	17
Sala de esterilização e estocagem	5	9	3	17
Sala de utilidades	6	11	0	17
Corredores	4	10	3	17

Fonte: Dados coletados do estudo realizado em 17 UBS do Município de Sinop – 2011.

Os dados revelam que todas as unidades apresentam salas com pisos inadequados. Devido à maioria das unidades serem adaptadas em estruturas pré-existentes, como casas, observou-se que a maioria possuía o pavimento de piso cerâmico, conforme a figura 6. Apesar de ser um piso resistente e lavável como preconiza o Manual, este tipo de piso não é liso, com a superfície regular, firme, estável e antiderrapante, ao contrário disso, apresenta muitas rugosidades que favorece a trepidação quando em contato com dispositivos de rodas, o que o torna desqualificado para as UBS's.

Figura 6 - Ilustração do piso cerâmico da UBS nº12. Sinop 2011



Fonte: Arquivo pessoal.

Os ambientes com maior incidência deste tipo de piso são: sala de espera, recepção e arquivo, farmácia, consultório médico 1, consultório de enfermagem 1, sala de vacina, sala de coleta, sala de curativo, sanitário, banheiro dos funcionários, cozinha/copa, sala de esterilização e estocagem, sala de utilidades e os corredores.

Nas unidades que apresentaram ambientes com piso compatível com o preconizado no Manual, observou-se o pavimento feito de cimen-

to queimado e granilite, apesar do cimento queimado ter o custo mais baixo que o granilite, este não proporciona a mesma durabilidade, porém ambos apresentam superfície regular, firme e sem trepidação diante de dispositivos de rodas, o que gera menor desconforto aos portadores de necessidades especiais e diminui o risco de quedas para tais pacientes, bem como, para os idosos e crianças, conforme ilustrado na figura 7.

Figura 7 - Ilustração do pavimento granilite da UBS nº 10. Sinop 2011



Fonte: Arquivo pessoal.

Condições da área física interna (parede)

As condições da área física interna (parede) foram avaliadas quanto aos ambientes possuírem este revestimento com superfície lavável e lisa. Portanto, a avaliação das condições da área física interna (parede) nos ambientes do interior das UBS's encontrou-se da seguinte forma:

Quadro 4 - Distribuição das unidades de saúde quanto às condições da área física interna (PAREDE)². Sinop, nov 2011.

Indicadores	Compatível	Incompatível	Não se aplica	Total
Sala de espera	12	5	0	17
Recepção e arquivo	12	5	0	17
Sala de reuniões	6	2	9	17
Almoxarifado	7	4	6	17
Farmácia	7	10	0	17
Consultório médico 1	11	6	0	17
Consultório médico 2	4	2	11	17
Consultório enfermagem 1	11	4	1	17
Consultório enfermagem 2	4	2	11	17
Sala de procedimentos	8	9	0	17
Sala de vacina	12	3	2	17
Sala de coleta	12	5	0	17
Sala de nebulização	10	3	4	17
Sala de curativo	10	5	2	17
Consultório Odontológico	6	3	8	17
Sanitário	15	2	0	17
Banheiro para funcionários	17	0	0	17

⁹ Os itens sobre Administração e gerência, depósito de lixo e abrigo de resíduos sólidos, tais salas não existiam em nenhuma das dezessete UBS's sendo classificadas na opção não se aplica.

Cozinha/copa	16	1	0	17
Depósito de material de limpeza (DML)	7	4	6	17
Sala de lavagem e descontaminação	7	0	10	17
Sala de esterilização e estocagem	11	3	3	17
Sala de utilidades	11	6	0	17
Corredores	6	8	3	17

Fonte: Dados coletados do estudo realizado em 17 UBS do Município de Sinop – 2011.

Observa-se no quadro 4, que algumas das unidades apresentam salas com paredes de características diferentes das preconizadas pelo Manual do Ministério da Saúde. Em algumas unidades as paredes são divisórias, conhecidas comercialmente como divisória naval. Apesar delas apresentarem muitas vantagens como: durabilidade, rigidez e rapidez na instalação, as mesmas devem ser limpas somente com pano macio e seco ou levemente umedecido em água limpa com solução de sabão neutro, não sendo recomendado o uso de escovas, palhas de aço e agentes abrasivos.

Conforme o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família, no qual nos ancoramos como modelo comparativo para este estudo, os materiais de revestimento das paredes devem ser todos laváveis e de superfície lisa (BRASIL, 2008). Em alguns casos, o material encontrado nas UBS's é incompatível com o preconizado pelo Ministério da Saúde. As divisórias, por serem construídas com uma chapa de madeira, que não pode ser lavada, favorece o acúmulo de microorganismos nocivos à saúde tanto dos usuários quanto dos servidores, conforme ilustra a figura 9.

Figura 9 - Ilustração da parte inferior da divisória naval da UBS n. 8. Sinop 2011



Fonte: Arquivo pessoal.

Muitas destas divisões não vão até o teto deixando um espaço aberto na parte superior o que não isola ruídos, odores e favorece a disseminação de contaminantes para as outras salas, conforme a figura 11.

Figura 11 - Ilustração da divisória que aberta na parte superior da UBS n. 7. Sinop 2011



Fonte: Arquivo pessoal.

Considerações finais

Falar sobre a Saúde Pública no Brasil não é um tema simples. As desigualdades sociais e econômicas, o conhecimento escasso sobre os direitos da população, a falta de informação sobre o funcionamento e a assistência prestada pelas instituições de saúde, bem como a indisposição das autoridades competentes em melhorar os mecanismos de saúde pública, representam um impedimento no avanço da atenção básica no Brasil.

Ao observar e comparar as características estruturais das UBS's estudadas com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família, concluiu-se que todas elas apresentaram algum item fora do que preconiza o Manual.

Segundo este manual, sabemos que as ESF estão capacitadas a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Os dados levantados nesta pesquisa denotam um cenário que impossibilita a efetiva prestação de serviço, bem como inviabiliza a resolução dos problemas das comunidades assistidas.

É de suma importância destacar que várias destas unidades no Município encontram-se sediadas em estruturas físicas que não foram construídas para tal finalidade, como em casas adaptadas, as quais não atendem às normas preconizadas para o funcionamento dos serviços de saúde. Mesmo que o governo deixe claro que as estruturas dos ambientes de saúde podem ser adaptáveis à realidade do Município, as normas gerais e a qualidade dos serviços devem ser preservadas.

Diante dos dados expostos, observou-se uma lacuna no que diz respeito às estruturas físicas das UBS's do Município de Sinop. Logo, observa-se a necessidade da adoção de medidas que mudem o diagnóstico

situacional até aqui exposto. Tais mudanças implicam na alteração das características básicas que são consideradas necessárias para qualificar a estrutura física das UBS's, garantindo o ingresso seguro dos pacientes e dos profissionais de saúde nestas unidades e aumentando a chance de atendimento, com qualidade e respeito a todos os usuários.

Outro fator, igualmente relevante, diz respeito às dificuldades de acessibilidade encontradas pelos usuários portadores de necessidades especiais. Eles, por vezes, são desestimulados a procurarem o serviço de saúde, tendo em vista a dificuldade de acesso encontrada por eles.

Por fim, este estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Sinop proporcionou-nos conhecer a realidade da saúde pública no Município, concernente às estruturas físicas. Espera-se com este trabalho incentivar outras pesquisas na área, visando que a melhoria da estrutura física das unidades venha se tornar uma realidade e não um sonho ambicionado pela população e profissionais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080, DE 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FREITAS, Luís Oliveira; ALMEIDA, Maxwell Jorge; FONSECA, Luciana Nascimento. Estrutura física e funcionamento dos centros de saúde de Montes Claros-MG: divergência entre norma e realidade. In: III Congresso Norte-Mineiro de Pesquisa em Educação, 2009, Montes Claros. **Anais**. Unimontes: 2011.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Resultado do universo**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

LACATOS, Eva Maria; MARCONE, Maria de Andrade. **Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEOPARDI, Maria Tereza et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Paloti, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde**. Maria Rizonaide Negreiros de Araújo et al. Belo Horizonte: 2004.

SCHIRMER, Waldir Nagel et al. **A poluição do ar em ambientes internos e a síndrome dos edifícios doentes**. Irati, p. 3583-90. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a26v16n8.pdf>> Acesso em: 29 ago. 2012.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2007.

SOARES, Mariângela Uhlmann; PINTO, Bruna Knob; THUMÉ, Elaine. A percepção dos trabalhadores sobre as condições do ambiente de Trabalho na atenção básica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO NA ENFERMAGEM, 3, Bento Gonçalves **Anais...** Bento Gonçalves: 2011.

AIDS NA SENESCÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS COM AIDS NOTIFICADOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DO MUNICÍPIO DE SINOP – MT

*Simone Martins de Souza Ferraz¹
Cezar Augusto da Silva Flores²*

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi identificada na década de 1980 e hoje é um dos mais graves problemas na atualidade. O agente etiológico da doença, também conhecido por vírus da imunodeficiência humana (HIV), representou um marco na história e na saúde pública por atingir rapidamente um grande contingente de pessoas, se tornando mais tarde uma epidemia global (FERREIRA et al., 2008).

No início, a doença esteve associada predominantemente aos homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. Porém, com o passar dos anos, vem ocorrendo mudanças no perfil epidemiológico dos doentes (SÁ, CALLEGARI, FERREIRA, 2007).

Tendências recentes da epidemia da AIDS vêm apontando um novo grupo etário em vulnerabilidade a doença: os idosos (SOUZA, 2008). Com o envelhecimento populacional em evidência, muitos investimentos vêm sendo realizados para melhorar a qualidade de vida desse grupo, que começa a viver a vida em sua plenitude, com aumento das relações sociais e também sexuais (SOUZA, 2008).

1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Sinop – MT.

2 Enfermeiro. Mestre em Educação. Docente do curso de enfermagem da UFMT, *Campus* Universitário de Sinop. cezarflores2010@gmail.com.

No Brasil, cresce a cada ano o número de casos por AIDS na população idosa, observando que na década de 1980, o número de casos nessa população específica era de apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Já na década de 1990, registrou-se um total de 2.681 casos em homens e 945 casos em mulheres. Em 2005 verifica-se um aumento mais expressivo, observando um total de 4.446 casos em homens e 2.489 em mulheres (BRASIL, 2007).

Observa-se que tais mudanças no perfil epidemiológico da AIDS podem ser conseqüências do aumento das relações sexuais entre indivíduos adultos maiores de 60 anos e de vários fatores que contribuíram para essas mudanças, como questões culturais, econômicas, sociais, dentre outras, que influenciam o indivíduo a não fazer uso do preservativo (FEITOZA, 2007).

Metodologia

A pesquisa tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo documental, de abordagem quantitativa, realizado mediante análise de prontuários de pacientes idosos portadores de HIV/AIDS. A investigação foi desenvolvida no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Sinop – MT.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller, sob o número do parecer 36171, onde se obteve autorização para sua execução e parecer ético favorável para sua realização.

Os instrumentos para coleta de dados utilizados nessa pesquisa foram as fichas de notificação dos pacientes que atenderam aos seguintes

critérios de inclusão: ambos os sexos, ter idade igual ou maior a 60 anos; ter estado ou estar atualmente em acompanhamento no SAE de Sinop, no período de 2008 a 2011. Os critérios de exclusão foram os prontuários com dados incompletos e indivíduos com idade inferior a 60 anos.

Os dados foram coletados por meio de fichas de notificação e investigação de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram investigados no SAE de Sinop todos os prontuários, com diagnósticos de HIV/AIDS em idosos no período de 1º de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, onde foram registrados 11 casos. Destes, 6 eram masculinos e 5 femininos. Dos onze prontuários analisados, 10 estavam preenchidos corretamente, adequando-se ao instrumento utilizado na coleta dos dados. Somente um prontuário apresentou informações incompletas, sendo este excluído da presente pesquisa.

Para coleta dos dados nos prontuários foi elaborado um instrumento, empregado pelo pesquisador, onde constavam: data da notificação, município de notificação, identificação, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, município de residência, raça/cor, ocupação, categoria de exposição sanguínea e sexual.

A análise e a interpretação dos dados procederam-se através do método estatístico por meio de cálculos da porcentagem. Para uma melhor visualização dos resultados, foram construídos gráficos e tabelas. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva, utilizando-se o programa *Microsoft Office Excel* 2007.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller sobre o número do parecer 36171, de 13 de junho de 2012, obteve-se a autorização para execução da pesquisa. As informações coletadas seguiram os critérios éticos exigidos para o trabalho com humanos,

considerando-se o sigilo quanto à identidade dos participantes, segundo a Resolução n.196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996.

Resultados e discussões

A pesquisa foi realizada com a análise de 10 prontuários de indivíduos com mais de 60 anos de idade, diagnosticados e confirmados com o diagnóstico do vírus HIV/AIDS, notificados junto ao SAE de Sinop entre os anos de 2008 a 2011. O perfil dos idosos levantado no presente estudo identificou que não houve diferença na razão do gênero sexo, em que obtiveram a mesma distribuição, apresentando cinco pacientes do sexo masculino (50%) e cinco do sexo feminino (50%).

Conforme explicitado nos dados acima, percebe-se que, a AIDS vem atingindo cada vez mais e de forma significativa a população feminina acima de 60 anos, apresentando uma diminuição na razão dos sexos, já que alguns anos atrás, a doença atingia mais homens do que mulheres. Mudanças essas que com o passar dos anos vem sugerindo a tendência de “feminização” da epidemia. Em 1995 a média era de três homens para uma mulher (3:1), sendo que no ano de 2005, a proporção passa a ser de 1,5 homens para uma mulher (1,5:1), evidenciando que a relação homem/mulher de casos novos de Aids na parcela de idosos vem decaindo (GODOY et al., 2008).

O crescimento do número de mulheres na epidemia se deve em grande parte pelo aumento da AIDS por relações heterossexuais, menor acesso aos serviços de saúde reprodutiva, além da dificuldade em convencer o parceiro no uso do preservativo durante as relações sexuais (ARAÚJO, 2007).

A idade dos pacientes no momento do diagnóstico de HIV/AIDS oscilou entre 60 a 80 anos, entretanto a faixa etária mais acometida entre a população pesquisada foi a de 60-65 anos de idade, representado por oito dos casos (80%), seguida de nenhum caso registrado na faixa etária de 66 a 70(0%) e dois casos na faixa etária de 70 a 80(20%).

Diante desses dados, observa-se que muitos dos indivíduos vêm envelhecendo com a doença, porém muitos também vêm adquirindo a doença enquanto idosos. Isso se deve à influência de vários fatores como os aspectos culturais, sociais entre outros, que proporcionam o aumento de casos nessa fase da vida. Tais achados são semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Menezes, Gonçalves e Castro (2007), em que relatam que a faixa etária mais acometida foi a de 60-65 anos. O avanço do número de casos de HIV na população idosa está ligado principalmente ao envelhecimento da população brasileira; preconceito dos profissionais de saúde quanto à sexualidade na terceira idade (SANTOS, ASSIS, 2011).

Durante a pesquisa verificou-se que um caso de HIV/AIDS foi diagnosticado em um paciente com 80 anos de idade, o que nos remete a pensar em um diagnóstico tardio para esse caso, uma vez que a maioria dos casos foi diagnosticada no período de 2009 a 2011, ou seja, a maioria dos casos é diagnosticada em pacientes antes dos 60 anos de idade.

Estudos apontam que o diagnóstico da infecção de AIDS em idosos não é realizado precocemente, necessitando de uma longa investigação, já que muitas vezes os sinais e sintomas da AIDS são confundidos com outras patologias comuns na terceira idade, o que contribui para a demora do diagnóstico (GODOY et al., 2008).

Ao analisarmos os números de notificações de HIV/AIDS em idosos por ano, registramos um crescimento anual, com exceção do ano de 2010, como podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos com 60 anos de idade ou mais, distribuídos segundo ano de notificação. Sinop - MT de 2008 a 2011.

Ano de notificação	≥60 anos	Total
	N.	%
2008	0	0
2009	3	30,0
2010	1	10,0
2011	6	60,0
Total	10	100,0

Fonte: Gráfico elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa.

Este crescimento se confirma se avaliarmos a ocorrência da AIDS no Brasil, segundo sexo e faixa etária, onde se verificou que entre os anos de 1998 a 2010, observou-se um aumento da taxa de incidência de casos de AIDS na faixa etária de 50 a 59, e de 60 anos acima (BRASIL, 2011).

Baixo grau de instrução foi outra característica encontrada neste estudo, em que revelou que a maioria dos indivíduos de ambos os sexos tinha baixo escolaridade, sendo representado por cinco dos idosos (50%). Dessa amostra verificamos que dois são analfabetos (20%) e três cursaram até o ensino fundamental (30%); dos demais, dois cursaram ensino médio completo (20%), e três não informaram a escolaridade (30%).

Isso se torna um agravante, quando esses indivíduos se deparam com assunto como a AIDS, pelo fato de que pessoas que possuem menor grau de escolaridade possam vir a ter dificuldades em compreender a ocorrência da doença. Alguns estudos corroboram com os resultados apresentados, onde se ressalta que pessoas com menor nível de escola-

ridade tenham menos acesso à informação sobre a AIDS, assim como formas de prevenção, tratamento adequado, entre outros aspectos (SEIDL et al., 2007).

A categoria raça/cor aponta como resultado um maior número de indivíduos da cor parda (50%), três indivíduos brancos (30%), um indivíduo preto (10%) e um indivíduo não informou sua cor/raça (10%). Na Tabela 2 podemos observar a distribuição da cor/raça entre os gêneros sexuais.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos com 60 anos de idade ou mais, segundo raça/cor. Sinop - MT de 2008 a 2011.

Categoria Raça/Cor	Masculino	Feminino	%
Branca	2	1	30,0
Preta	1	-	10,0
Parda	2	3	50,0
Amarela	-	-	-
Indígena	-	-	-
Não informado	-	1	10,0
Total	5	5	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

Mediante a análise da categoria raça/cor percebe-se que o maior número de casos veio a ocorrer em indivíduos pardos, dado este que corroboram com o estudo de Melo e Pimenta (2012), que demonstram um número maior de casos na raça parda.

Quanto ao modo de transmissão do HIV nos idosos, observa-se na Tabela 4 que, todos os casos ocorreram por via sexual.

A transmissão do HIV por via sexual é uma das principais características da epidemia, tanto na população em geral quanto nos idosos. Isso se deve em grande parte ao acesso facilitado aos medicamentos para

impotência sexual. Godoy et al., (2008) abordam que a transmissão sexual do vírus HIV é uma das principais características da AIDS, visualizada entre os idosos.

A categoria de exposição mais prevalente com oito dos casos, de acordo com Tabela 3, deu-se em decorrência de relação heterossexual (80%). Destaca-se que, quanto à distribuição por sexo, quatro idosas (80%) mantinham relações heterossexuais; enquanto apenas uma mantinha relação homossexual (20%). Entre os idosos pesquisados, quatro mantinham relações heterossexuais (80%), e um idoso mantinha relação homossexual (20%).

Tabela 3 – Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos com 60 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição. Sinop- MT de 2008 a 2011.

Categoria de exposição	Masculino	Feminino	%
	N	N	
Relação heterossexual	4	4	80,0
Relação bissexual	-	-	-
Relação homossexual	1	1	20,0
Ignorado	-	-	-
Total	5	5	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

As relações heterossexuais têm se constituído, nos últimos anos, como uma das principais formas de transmissão do HIV, tanto nos idosos como na população em geral. Sendo as relações heterossexuais a principal característica da infecção da AIDS na faixa etária com 60 anos ou mais (GODOY et al., 2008).

Alguns fatores podem estar colaborando para essas mudanças no aspecto da epidemia, destacando-se o aumento da atividade sexual entre os idosos, a disposição de medicamentos que melhora e prolonga

o desempenho sexual, e a oposição em usar o preservativo por parte dos parceiros (GODOY, et al., 2008).

Na Tabela 4, ao analisarmos a categoria profissão, identificamos que quatro idosos são aposentados (40%), seguido de três (30%) que ainda trabalham mesmo estando em idade de se aposentarem, em trabalhos diversos como apresentado na Tabela; os outros três idosos não havia informação sobre este item (30%).

Tabela 4 – Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos com 60 anos de idade ou mais, segundo a profissão. Sinop- MT de 2008 a 2011.

Categoria Profissão	N.	%
Aposentado	4	40,0
Agricultor	1	10,0
Cozinheiro (a)	1	10,0
Faxineiro (a)	1	10,0
Não informado	3	30,0
Total	10	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

A pesquisa expõe que a maior parte dos idosos não trabalhava, evidenciado no estudo por 40% dos casos conforme tabela 6. Todavia, faz-se necessário mencionar a existência de aposentados que exercem alguma atividade laboral. Se para uns, estar doente e ser aposentado significa uma barreira frente à inclusão na sociedade, para outros é a possibilidade de aproveitar a vida da melhor forma, mesmo apresentando um problema de saúde.

Em meio a isso, alguns estudos descrevem que, para determinados idosos, a ideia de serem portadores de uma doença sem cura e

a interrupção das obrigações laborais, fez com houvesse mudanças na dinâmica da existência. Em vez de se isolarem, essas pessoas passaram a aproveitar mais a vida, participando de bailes para terceira idade ou outra forma de diversão (GODOY et al., 2008).

Considerações finais

Mesmo a AIDS ainda sendo vista como mais uma em meio a tantas outras doenças, esta, nos dias de hoje, configura-se como um agravo à saúde de vastas proporções, que atinge a população de modo geral.

Diante dos fatos é evidente que a AIDS vem crescendo. Contudo, é preocupante, logo que, junto a isso cresce também o envelhecimento populacional. Entretanto, este processo de envelhecimento da população não deve ser visto apenas como uma questão demográfica, mas sim como uma questão social, que vem ocorrendo rapidamente. O envelhecimento por si só já traz ao indivíduo uma série de transformações, seja física, psicológica, social, entre outras. Em meio a isto, surge mais um problema: a AIDS.

Os resultados do estudo apontam para um gradativo aumento do número de casos de AIDS entre pessoas com idade igual ou maior que 60 anos. A pesquisa aponta ainda que a população idosa em geral, tanto os homens quanto as mulheres, caracterizou-se por heterossexualidade e baixo grau de instrução.

Portanto, é imprescindível a participação das políticas públicas, onde visem incluir informações sobre a AIDS na terceira idade, através dos meios de comunicação, programas de educação em saúde que a incluam, assim como outras doenças sexualmente transmissíveis. No

entanto, é necessária também a criação de estratégias de prevenção que atendam pessoas em geral, incluindo indivíduos com menor grau de instrução, visto que ainda há um grande contingente de pessoas com baixa escolaridade.

Por fim, em meio às questões visualizadas no decorrer do estudo, observa-se a necessidade de uma maior atenção à saúde dos idosos, assim como a incorporação na rotina dos serviços públicos, ações de educação em saúde voltado a essa população, visando diminuir a incidência dos casos de AIDS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, V. L. B. et al. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia** 2007; v.10, n.4, p. 544-54.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2011**. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

FEITOZA, A. R; SOUZA, A. R; ARAÚJO, M. F. M. A magnitude da infecção pelo HIV-AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza. **Jornal Bras. de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, n.4, p. 32-37, 2004.

FERREIRA, R. C. S. L. et al. Perfil Epidemiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na região da Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL) de 1987 a 2006. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 2, 2008.

GODOY, V. S. et al. **O perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios.** DST – J bras Doenças Sex Transm, v. 20, n.1, p. 7-11, 2008.

MELO, M. C; PIMENTA, A. M. Característica epidemiológica da AIDS na população com mais de 50 anos em Betim e microrregião. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.2, n. 3, p. 419-427, set/dez 2012.

MENEZES R. L.; GONÇALVES B. S.; CASTRO C. C. Perfil epidemiológico, no período de 1999 a 2006, de idosos portadores do vírus HIV/AIDS atendidos no Hospital de Doenças Tropicais (HDT) de Goiânia (GO). **Fragments de Cultura**, Goiânia, v. 17, n. 3/4, p. 303-314, mar./abr. 2007.

SÁ, A. M. S.; CALLEGARI, F. M.; PEREIRA, E. T. Conviver com HIV/AIDS: concepções de pessoas com idade acima de 50 anos. **Ser Social, Brasília**, n. 21, p. 259 – 284, Jul./Dez. 2007.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 147-157, 2011.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2007 [cited 2011 set 30], v. 23, n. 10, p. 2305-16.

SOUZA, J. L. Sexualidade na Terceira Idade: Uma Discussão da Aids, Envelhecimento e Medicamentos para Disfunção Erétil. **Jornal brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2008.

SOUZA, A. C. A.; SUASSUNA, D. SB.; COSTA, S. M. L. Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com AIDS. **Jornal brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2009. DST - J bras. Doenças Sex Transm. 2009: v.21, n. 1, p. 22-26 - ISSN: 0103-4065.

A FITOTERAPIA – UMA PRÁTICA COMPLEMENTAR EM SAÚDE NA REALIDADE DOS USUÁRIOS SINOPENSES

Diego Florêncio Lima¹
Claudia dos Reis²
Ana Lúcia Sartori³
Fábio Francofy Franciscot⁴
Valfran da Silva Lima⁵
Pacífica Pinheiro Cavalcanti⁶

Introdução

As plantas medicinais são definidas como aquelas capazes de produzir princípios ativos que possam alterar o funcionamento de órgãos e sistemas, restaurando o equilíbrio orgânico e a homeostasia nos casos de enfermidades (FERRO, 2008).

O uso de plantas medicinais, assim como outras terapias, faz parte da chamada Medicina Tradicional, que é baseada em crenças, expe-

1 Enfermeiro Graduado pela Universidade Federal de Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

2 Doutora. Licenciada em Ciências Biológicas. Professora do Instituto de Ciências Naturais, Humanas e Sociais. Universidade Federal de Mato Grosso *Campus* Universitário de Sinop/MT.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

4 Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

5 Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil.

6 Enfermeira. Doutora em Farmacologia. Professora do Instituto de Ciências Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso. *Campus* Universitário de Sinop - MT, Brasil. E-mail: pacificapinheiro@gmail.com

riências indígenas e de outras culturas, podendo ainda ser chamada de Medicina Alternativa ou Complementar (BRASIL, 2006).

A primeira Lei relacionada à utilização de plantas no Brasil, Lei n. 2.537 foi criada em 17 de abril de 1996, pela deputada Lucia Solto, instituindo no Estado do Rio de Janeiro a criação do Programa Estadual de Plantas Mediciniais (RIO DE JANEIRO, 1996). A partir desta Lei, várias outras foram criadas, assim como a Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria permite que usuários do SUS tenham acesso a informações referentes aos fitoterápicos e às plantas medicinais diretamente na Unidade de Saúde da Família (USF) (BRASIL, 2006).

A criação de Leis para o uso de plantas medicinais com fins terapêuticos complementares contribuiu para a regulamentação dessa prática. Deste modo, a inclusão de plantas medicinais na comunidade não só traria benefícios à saúde, mas também benefícios de ordem econômica (BRASILEIRO, 2008). Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo traçar o perfil dos usuários de duas Unidades de Saúde da Família do município de Sinop-MT, quanto à utilização de plantas medicinais.

Descrição metodológica

O presente estudo foi realizado no município de Sinop, norte do Mato Grosso, um dos principais do estado, localizado às margens da BR-163, possuindo cerca de 114 mil habitantes (BRASIL, 2009).

A coleta de dados foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) dos bairros Boa Esperança e do Jardim das Nações que prestam

serviço, juntas, a aproximadamente 3500 famílias (SINOP, 2010). Essas unidades foram escolhidas por apresentarem alto índice de atendimento. Os dados foram coletados entre os meses de junho e outubro de 2010, através de entrevista semi-estruturada, ou seja, quando o pesquisador combina perguntas abertas e fechadas. O instrumento foi dividido em duas partes: a primeira, com os dados de caracterização sócio-demográfica, e a segunda, abrangendo questões relacionadas ao conhecimento e utilização das plantas medicinais (BONI; QUARESMA, 2005).

Participaram da pesquisa indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, não havendo distinção de sexo.

Esta foi uma pesquisa aplicada que teve como meta gerar conhecimentos para solução de problemas específicos. O envolvimento de verdades e interesses locais tem como escopo traduzindo em números as opiniões e informações, para então, classificá-los e analisá-los (GIL, 1991).

Quanto aos objetivos, o estudo caracterizou-se como descritivo e exploratório combinado. Esse tipo de estudo utiliza técnicas para coletar dados através de roteiros de entrevista semi-estruturada (LAKATOS; MARCONI, 2007).

Os dados foram analisados através da estatística descritiva e a distribuições das frequências relativas foram apresentadas na forma de tabelas.

Participaram da pesquisa os voluntários que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário Júlio Muller (Cuiabá-MT), sob o protocolo de aprovação 802/CEP-HUJM/10. O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, garantido o anonimato dos entrevistados (BRASIL, 1996).

Resultados

Participaram do estudo 302 indivíduos de ambos os sexos. A idade variou de acordo com a seguinte proporção: de 18 a 25 anos 18%, entre 26 e 33 anos 22%, de 34 a 41 anos 25%, entre 42 e 49 anos 19%, de 50 a 57 anos 8% e acima de 58 anos 8%. Quanto ao sexo, 76,8% dos entrevistados eram do sexo feminino e somente 23,2% do sexo masculino, mostrando que as mulheres buscam mais frequentemente os serviços de saúde.

Com relação à comunidade atendida pela USF Jardim das Nações, 46% advêm da região Sul, 32% da região Centro-Oeste, 11% da região Sudeste, 9% da região Norte e 2% da região Nordeste; enquanto na comunidade atendida pela USF Boa Esperança, 47% advêm da região Centro-Oeste, 29% da região Sul, 11% da região Nordeste, 8% da região Sudeste e 5% da região Norte.

Quanto à renda per capita, 6% dos entrevistados vivem na linha de indigência, com renda mensal de até R\$ 128,00; 28,8% vivem na linha de pobreza, com renda de até R\$ 255,00; para 20,5% a renda varia de R\$ 256,00 a R\$ 383,00; 20,9% vivem com uma renda entre R\$ 384,00 a R\$ 510,00; para 13,9% a renda varia de R\$ 511,00 a R\$ 766,00; e somente para 9,6% a renda mensal está acima de R\$766,00.

Em relação à escolaridade, 3% eram analfabetos; 46,7% tinham o ensino fundamental incompleto; 14,9% haviam concluído o ensino fundamental; 11,2% estavam cursando o ensino médio; 18,2% haviam con-

cluído o ensino médio; 4% estavam cursando a faculdade e 2% já terminaram o ensino superior e/ou estavam cursando alguma pós-graduação.

Ao serem indagados sobre o motivo de comparecimento à USF, os entrevistados responderam segundo a seguinte proporção: 1% acompanhar o marido em consulta médica, 1% solicitação de atestado médico, 1% pegar remédios, 1% realizar exame preventivo, 1% vacinar, 6% comparecimento em consulta odontológica, 24% realização de exames, 64% acompanhar filho em consulta médica e/ou de enfermagem.

Das pessoas entrevistadas, 7,67% não utilizavam plantas medicinais como uma forma de tratamento de doenças; os outros 92,33% citaram 77 plantas de uso rotineiro, que são utilizadas no tratamento das mais variadas afecções. Deste modo, foram descritas 10 plantas citadas e utilizadas pelas duas comunidades. A parte usada de cada uma e sua forma de preparo estão descritas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Distribuição das dez plantas mais citadas, segundo o número de citações pelos participantes, forma de preparo e partes usadas. Sinop, MT, Brasil, 2010.

Planta	Citações	Parte usada	Forma de preparo
Hortelã (<i>Mentha piperita</i> L.)	75 (16,1%)	Folha, Parte aérea	Infusão (53,3%), Decocção (36%)
Capim Cidreira (<i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Staf.)	56 (12%)	Folha, Planta toda	Decocção (58,9%), Infusão (41,1%)
Boldo (<i>Plectrathus barbatus</i> Andrews)	50 (10,7%)	Folha	Suco (92%), Infusão (2%)
Poejo (<i>Mentha pulegium</i> L.)	24 (5,2%)	Folha, Parte aérea	Infusão (54,2%), Decocção (41,7%)
Mentruz (<i>Lepidium Sativum</i> L.)	19 (4,1%)	Folha, Planta toda	Compressa (47,4%), Suco (26,3%)
Erva Cidreira de arbusto (<i>Libia Alba</i> (Mill) N. E. Brown)	14 (3%)	Folha, Planta toda	Decocção (57,1%), Infusão (35,7%)
Terramicina (<i>Alternanthera brasiliiana</i> (L.) O. Kunt)	14 (3)	Folha, Planta toda	Infusão (42,9%), Decocção (28,6%)

Algodão (<i>Gossypium hirsutum</i> L.)	13 (2,8%)	Folha, Raiz	Infusão (46,2%), Suco e Decocção (23,1%)
Babosa (<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.)	12 (2,6%)	Folha	Compressa (41,7%), Suco (41,7%)
Camomila (<i>Chamomilla recutita</i> (L.) Rauschert)	11 (2,4%)	Flor	Infusão (63,6%), Decocção (36,4%)

Fonte: Construção do autor.

Tabela 2 - Lista das plantas medicinais mais citadas, os principais usos e os responsáveis pelo preparo. Sinop, MT, Brasil, 2010.

Planta	Principais usos citados	Quem prepara
Capim Cidreira (<i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Staf.)	Calmanete, Gripe, Anti-hipertensivo	O Mesmo (92,9%), Outro (7,1%)
Boldo (<i>Plectrathus barbatus</i> Andrews)	Dor estomacal, Ressaca	O Mesmo (94%), Outro (6%)
Poejo (<i>Mentha pulegium</i> L.)	Gripe, Cólica, Calmanete	O Mesmo (91,7%), Outro (8,3%)
Mentruz (<i>Lepidium Sativum</i> L.)	Feridas, Luxações, Vermífugo	O Mesmo (85%), Outro (15%)
Erva Cidreira de arbusto (<i>Libia Alba</i> (Mill) N. E. Brown)	Calmanete, Gripe	O Mesmo (78,6%), Outro (21,4%)
Terramicina (<i>Alternanthera brasiliana</i> (L.) O. Kunt)	Infecções, Feridas, Dor estomacal	O Mesmo (85,7%), Outro (14,3%)
Algodão (<i>Gossypium hirsutum</i> L.)	Infecções, Infecções Urinárias	O Mesmo (92,3%), Outro (7,7%)
Babosa (<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.)	Feridas, Queimaduras, Diabetes	O Mesmo (91,7%), Outro (8,3%)
Camomila (<i>Chamomilla recutita</i> (L.) Rauschert)	Calmanete, Cólica, Dor estomacal	O Mesmo (100%)

Fonte: Construção do autor

Quando foram questionados sobre o local de aquisição de cada planta citada para uso, a grande maioria, 56%, respondeu que cultivava a planta em casa; logo, em relação à indicação da planta, 68,7% delas ti-

nham sido indicadas por familiares e 31,3% indicadas por outras pessoas, amigos, vizinhos ou mesmos conhecidos.

Discussão

Observou-se que a maioria das pessoas entrevistadas (25%) apresentava entre 34 e 41 anos, corroborando com o estudo de Pereira et al. (2009), realizado em Ponta Porã - MS, em que verificou que a maioria dos entrevistados, cerca de 60%, tinha entre 30 e 40 anos de idade, 22% entre 20 a 30 anos, 10% menos de 20 anos e 8% entre 40 e 50 anos.

Na comunidade atendida pela USF Jardim das Nações, observou-se que cerca de 46% da população é de origem sulista. Esse dado vai ao encontro do estudo de Badke (2008, p. 90-2), que afirma que o uso das plantas medicinais na região Sul do Brasil é muito alto e está relacionado ao clima que é semelhante ao clima europeu, onde o hábito de tomar chá é muito comum entre a população, sendo também o local de origem de muitas ervas, tais como a erva cidreira e a erva doce, que são usadas como chás.

Cerca de 28,8% da amostra estudada vive no limite da pobreza, com renda per capita de R\$ 255,00. Estes dados são bem próximos aos encontrados em um estudo realizado por Pinto, Amorozo e Furlan (2006), onde o conhecimento de plantas medicinais na Bahia mostrou que em 73% da população pesquisada a renda mensal máxima é de R\$ 200, demonstrando que a maioria dessa população é economicamente vulnerável e depende dos serviços públicos para suprir suas necessidades.

Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados, 46,7%, tinha o ensino fundamental incompleto. Um estudo semelhante realizado

por Brasileiro et al., (2008) demonstrou que, da população pesquisada, 22,37%, 549 eram analfabetos, 56,40% ,1384 frequentaram o ensino fundamental, 19,20%, 471 frequentaram o ensino médio e, apenas 2,04%, 50 entrevistados apresentaram formação superior. Analisando os resultados obtidos neste estudo e os dados citados acima em relação à escolaridade da população pesquisada, fica evidenciado que a maior parte das pessoas que procuram os serviços de atenção básica à saúde são indivíduos com baixa escolaridade que, em decorrência disto, possuem dificuldades para compreender o linguajar técnico, muitas vezes empregado pelos profissionais ou, ainda, nem sequer são instruídas quanto ao modo correto de seu uso e formas de preparo das plantas medicinais.

A presença de homens que procuram atendimento em serviços de saúde é menor do que a procura das mulheres. Esse fato está associado ao próprio processo histórico de socialização dos homens, cujo cuidado não é visto como uma prática masculina (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Em relação ao uso de plantas medicinais, de uma forma geral, 92,33% das populações citaram um total de 77 plantas utilizadas no tratamento das mais diversas afecções, confirmando, assim, os dados obtidos por Ethur (2011), num estudo semelhante a este, quando observou que, dos 183 entrevistados, 71% afirmaram fazer uso de plantas medicinais, enquanto 29% não as utilizavam.

A utilização de plantas medicinais está tão difundida na população que já pode ser considerada uma tradição, fato evidenciado pela grande parcela da população que faz uso das mesmas. A pesquisa demonstrou que o local de aquisição das plantas medicinais advém do cultivo da mesma em domicílio (56%). Entretanto, em uma pesquisa realizada por Moura et al. (2006), em três bairros distintos de Mossoró (RN), os

dados obtidos demonstraram que o cultivo de plantas medicinais em residências é variável, dependendo do bairro.

Nas sociedades tradicionais, o conhecimento sobre o uso de plantas medicinais é transmitido, favorecendo, assim, a transmissão de conhecimento entre familiares dos membros mais velhos com os mais novos (BRASILEIRO, 2008).

Ao traçar o perfil da população que utiliza plantas medicinais nas duas USFs, observou-se que, das 10 plantas mais citadas neste estudo, sete estão descritas no Formulário Nacional Fitoterápico como plantas com fins terapêuticos (Hortelã, Capim Cidreira, Boldo, Poejo, Erva Cidreira, Babosa e Camomila). No Brasil, a regulamentação do uso de plantas medicinais dentro dos serviços de saúde está vinculada ao Formulário Nacional Fitoterápico, que faz parte da Farmacopeia Brasileira, e traz as diretrizes para a utilização de várias plantas medicinais. Todas as recomendações feitas por esse formulário são baseadas em estudos científicos realizados nos mais diversos países, e agrupados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em suas monografias (BRASIL, 2010).

De acordo com uma pesquisa realizada por Albertasse, Thomaz e Andrade (2010), nas 198 citações de plantas em uso pela comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES, observou-se que o boldo (*Plectranthus barbatus*), o hortelã (*Mentha piperita*) e a erva-cidreira (*Lippia alba*) foram as mais citadas, revelando que grande parte da comunidade faz uso de plantas referidas na Farmacopeia Brasileira. Esses dados demonstram que os estudos realizados com essas plantas são muito importantes para validar o seu potencial medicinal. Ressalta-se, contudo, que é necessário que a comunidade seja orientada para a forma de uso e preparo das mesmas, pois só assim essas plantas poderão contribuir para uma terapêutica alter-

nativa e complementar na saúde da população, melhorando a qualidade de vida e minimizando os custos para o SUS.

Considerações finais

O uso de plantas medicinais pelas comunidades que buscam atendimento na USF do Bairro Boa Esperança e Jardim das Nações ocorre devido ao conhecimento acumulado ao longo de gerações.

É necessário promover educação em saúde e capacitações aos profissionais das ESF relacionado ao uso das plantas medicinais. É notório também que ainda falta uma maior integração do uso de plantas medicinais dentro dos programas desenvolvidos nas USF, visto que apenas 0,9% da população entrevistada adquiriu informações sobre tais plantas com os profissionais da saúde.

Logo, pode-se afirmar que a população pesquisada não recebe nenhum subsídio referente ao uso correto das plantas medicinais por parte do serviço de saúde local, visto que ainda não há a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) nas USF onde foi realizada a pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALBERTASSE, P. D.; THOTMAZ, L. D.; ANDRADE, M. A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais** [periódico on line]. 2012, v. 12, n. 3, p. 250-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-05722010000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 18 maio 2012.

BADKE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem.** Dissertação. (Especialização em Área de Concentração em Cuidado Educação, Trabalho em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul; 2008. 90-92p.

BONI, V.; QUARESMA J. S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC** [periódico on line]. v. 2, n. 1, p. 68-80. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: 20 abr. 2012.

BRASILEIRO, G. B. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares-MG. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** [periódico on line]. 2008; v. 44, n.4, p. 630-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322008000400009&script=sci_arttext. Acesso em: 28 maio 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa Populacional de 2009.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.shtm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.** Brasília-DF. 2006. p.19-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006b. Aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 maio 2006. Seção1, p.20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n. 5, de 31 De Março de 2010. Estabelece a Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União, Brasília, DF. 05 Abr. 2010. Seção 1, p.91.** Acesso em: 10 out. 2010.

ETHUR, L. Z. et al.-Comércio formal e perfil de consumidores de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Itaqui-RS. **Revista Brasileira Plantas Medicinai, Botucatu** [periódico on line]. 2011, v.13, n. 2, p. 121-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-05722011000200001&script=sci_arttext. Acesso em: 20 jan. 2012.

FERRO, D. **Fitoterapia: Conceitos Clínicos.** São Paulo: Atheneu; 2008. p.160-76.

GIL, A. C. **Projetos de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas; 1991. p-40-4.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno Saúde Pública** [periódico on line]. 2007, v. 23, n. 3, p. 565-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300015&script=sci_arttext. Acesso em: 2 jun. 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas; 2007. p-36.

MOURA, A. M. N.et al. Uso e cultivo de plantas medicinais em residências da cidade de Mossoró no Médio Oeste do Estado do Rio Grande do Norte. In: Congresso Brasileiro de Olericultura, XLVI, Goiânia. **Anais Eletrônicos** [periódico on line]. 2006 Disponível em: http://www.abhorticultura.com.br/biblioteca/arquivos/Download/Biblioteca/46_0660.pdf. Acesso em: 4 jun. 2012.

PEREIRA, Z. V. et al. Medicinal plants used by Ponta Porã community, Mato Grosso do Sul State. **Acta Scientiarum. Biological Sciences** [periódico on line]. 2009, v. 31, n. 3, p. 293-99. Disponível em: <http://re>

dalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=187115796009. Acesso em: 20 dez. 2011.

PINTO, E. P. P.; AMOROZO, M. M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica – Itacaré, BA, Brasil. **Acta Botânica Brasílica** [periódico on line]. 2006, v. 20, n. 4, p. 751-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-33062006000400001&script=sci_arttext. Acesso em: 6 dez. 2011.

RIO DE JANEIRO. **Lei 2.537, de 16 de abril de 1996, que Cria o Programa Estadual de Plantas Medicinais**. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1996.

SINOP, Secretaria Municipal de Saúde. **Consolidado das Famílias Cadastradas no ano de 2010**.

REPRODUÇÃO APÓS O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV: PERCEPÇÕES DE MULHERES EM TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE SINOP/MT

Dayane Aparecida de Souza¹
Cezar Augusto da Silva Flores²

Introdução

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas e psicológicas na vida das mulheres (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Entretanto, o aumento da transmissão heterossexual do HIV/AIDS, e conseqüentemente feminilização e aumento da transmissão vertical surgiu como uma condição clínica capaz de interferir no sonho da maternidade (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2010).

Quando a mulher se depara com a soro positividade em idade reprodutiva é confrontada muitas vezes com algumas decisões difíceis em relação a ter ou não filhos (SANT'ANNA; SEIDL; GALINKIN, 2008). Quando a gestação passa a representar um risco ao filho esperado, a mulher passa a vivenciá-la com estresse, no entanto, ao deter informações sobre a possibilidade de prevenir a transmissão vertical buscam adotá-las para garantir que a criança possa nascer livre da infecção (SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010).

A transmissão vertical pode ocorrer durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, com a amamentação. No entanto, Brasil (2007),

1 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – *Campus* Universitário de Sinop. day_bilanki@hotmail.com.

2 Enfermeiro e Pedagogo. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Docente do curso de enfermagem da UFMT, Campus Universitário de Sinop. cezarflores2010@gmail.com.

demonstra a redução da taxa de transmissão para níveis entre 0 e 2%, quando adotadas as medidas indicadas pelo protocolo de prevenção da transmissão vertical, sendo elas: o uso de terapia antirretroviral (TARV) a partir da 14ª semana de gestação, e durante o parto realizar administração endovenosa da TARV, realização da cesariana eletiva quando a carga viral a partir da 34ª semana for maior que 1000 cópias/mm³ ou desconhecida, TARV no RN nas primeiras duas horas de vida até o 42º dias e inibição do aleitamento com fornecimento de fórmula infantil até os seis meses.

Quando a mulher soropositiva desejar conceber, ela deve ser orientada sobre o risco de transmissão vertical e as medidas para minimizá-las. Além disso, é importante avaliar a carga viral e a taxa de linfócitos T *cluster differentiation* (TCD4), realizar o rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e fazer profilaxia de doenças para as quais há vacinação, como hepatite B e gripe. Referente à forma como a concepção irá ocorrer deve-se avaliar o cenário em que a mulher está inserida, ou seja, quando o parceiro é soro concordante ou não (MACE-DO; ROCCO; VASCONCELLOS, 2007).

Com base nessas mudanças o planejamento familiar torna-se grande aliado da mulher soropositiva, fornecendo informações que a possibilitem manter a vida reprodutiva com prazer, e principalmente segurança. Em face ao exposto, o presente artigo busca compreender a percepção das mulheres soropositivas com relação ao seu comportamento reprodutivo após o diagnóstico da infecção pelo HIV e seu conhecimento sobre o planejamento familiar.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada no Serviço de Assistência Especializada do município de Sinop-MT, que tem como objetivo prestar assistência integral através de equipes multidisciplinares a portadores do HIV/AIDS.

Foram realizadas entrevistas com sete mulheres que fazem tratamento e acompanhamento no SAE de Sinop-MT e que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: ter entre 18 e 45 anos, ter ciência do diagnóstico há mais de seis meses, não possuir transtorno e/ou deficiência mental e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2013, mediante entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas com a permissão das participantes, após ciência do objetivo do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A gravação das informações foi utilizada para documentar suas falas, as quais posteriormente foram transcritas na íntegra para a realização da análise dos dados de forma fidedigna. Encerrou-se a obtenção dos dados quando percebida a saturação das informações.

Para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (1977).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller e foi aprovado em 27 de fevereiro de 2013, sob o número: 206.889.

Resultados e discussão

Para organização dos resultados, os dados foram distribuídos em três categorias que melhor representavam as informações transmitidas pelas mulheres a respeito de sua reprodução após a infecção pelo HIV/AIDS. As categorias estabelecidas são: 1ª caracterização das participantes; 2ª reprodução após a infecção pelo HIV/AIDS; 3ª conhecimento sobre o planejamento familiar.

1. Caracterização das participantes

A faixa etária das participantes variou entre 19 e 41 anos, sendo que 71,4% tinham entre 28 e 41 anos. Quanto à inserção dessas no mercado de trabalho 57,1% tinham emprego regular e 42,9% realizavam suas atividades domésticas.

Em relação ao estado civil, 57,1% referiram estar em união estável, 28,5% eram casadas e 14,2% eram separadas. Quanto à situação do companheiro em relação à infecção pelo HIV/AIDS, 42,9% tem parceiros com sorologia discordante, 14,2% não informaram o *status* sorológico do parceiro e 28,5% tinham relacionamento soro concordante.

Quanto ao número de filhos, os resultados variam entre zero e quatro filhos, considerando apenas os filhos já nascidos, 71,4% tinham dois ou mais filhos, 14,3% tinha um filho e 14,3% não tinham filhos. Entre as participantes 28,6% estavam gestantes no período da entrevista.

O tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS variou entre 8 meses e 11 anos, sendo que 71,4% já faziam tratamento/acompa-

nhamento há mais de quatro anos. Todas as participantes relataram que a forma de contaminação pelo HIV foi através da via sexual (100%).

2. Reprodução após a soro positividade para o HIV

Esta categoria traz as informações referentes à reprodução das mulheres após o diagnóstico do HIV. Os dados foram alocados em quatro subcategorias para facilitar a compreensão da percepção das mulheres sobre a reprodução após a soropositividade.

2.1 Motivos para abster-se da gestação

Percebeu-se que as mulheres entrevistadas não desejavam engravidar no momento. Entre as principais justificativas estava, principalmente, o medo de transmitir o HIV para o filho.

Não [...] Pretendo não [...] Porque tenho medo do filho meu nascer com a AIDS (JASMIM)

[...] porque eu não queria por uma criança no mundo pra ter problema [...] Porque eu não quero passa esse problema pra essa criança [...] eu sei que essa criança vai crescer com o preconceito [...] e a criança pode chegar “ne” mim e falar porque eu fiz isso com ela, porque eu fui fazer ela nascer, reproduzir [...] então é uma culpa que eu vou levar o resto da vida [...] (VIOLETA)

Santos et. al. (2002) destacou que 79,1% das participantes em seu estudo, não desejavam uma nova gestação por medo de transmitir o vírus ao filho e ainda pelo temor que a gravidez piorasse seu estado clí-

nico. Evangelista; Moura (2011) perceberam que os motivos que levaram 86,3% das entrevistadas abster-se do desejo de engravidar eram o medo de morrer e deixar o filho órfão. Não desejavam relacionamento com o sexo oposto e principalmente pelo medo que a criança nascesse com o HIV.

Carvalho e Piccinini (2008) e Santos e Bispo Júnior (2010) revelaram que o medo de transmitir o vírus para a criança e que essa sofresse no futuro em decorrência da infecção e acabasse responsabilizando-as por ter-lhes transmitido o vírus foi fundamental na decisão de não conceber novamente. Moura, Kimura e Praça (2010) acreditam que a possibilidade de o filho adquirir a infecção e ser vítima de discriminação e preconceito é um fator determinante para que a mulher se abstenha do desejo pela maternidade.

Todas as mulheres relataram usar o preservativo nas relações sexuais e duas estavam gestantes, sendo que ambas atribuíram tal fato ao rompimento do preservativo.

A camisinha “estorou”... (PETÚNIA)

Não queria, não queria mais ter filhos[...] (VIOLETA)

Figueiredo (2010) demonstrou que 88% das mulheres tiveram gestações não planejadas após a infecção pelo HIV, sendo que estas ocorreram principalmente por rompimento do preservativo masculino. Paiva et al., (2002) e Galvão, Cerqueira, Marcondes e Machado (2004) consideram que o comportamento de risco em relação à gestação é reflexo da imposição do serviço de saúde sobre o uso do preservativo, sem demonstrar a real importância, além de instruí-las sobre a forma correta de utilizá-lo. Segundo a OMS (2007) cerca de 2% dos preservativos se

rompem ou deslocam do lugar durante o sexo, principalmente porque foram utilizados de forma incorreta.

2.2 Diagnóstico do HIV através do pré-natal

Uma das participantes tem um filho de dois meses, sendo que foi nessa gestação que a mesma descobriu a soro positividade, visto que a infecção foi descoberta nos exames de rotina do pré-natal.

Diversos estudos demonstram o elevado percentual mulheres que descobriram a infecção pelo HIV no pré-natal. Segundo Romanelli et al. (2007), 39,8% das mulheres foram diagnosticadas soropositivas durante os exames de rotina do pré-natal. Já no estudo de Evangelista e Moura (2011), a porcentagem de mulheres que descobriram a infecção através do pré-natal foi de 30%, enquanto no estudo realizado por Konopka et al. (2010), esse percentual chegou a 44,7%.

Para Langendorf et al. (2011), é grande o número de mulheres que recebem o diagnóstico da infecção durante o pré-natal ou parto, através do teste rápido. Associado a esse problema vem o fato de que a maioria não planeja a gravidez, não sendo beneficiadas com as medidas profiláticas disponíveis para minimizar a transmissão vertical.

2.3 Planejamento da gestação, apoio do serviço de saúde

Apenas uma das participantes planejou a gestação após a descoberta da soro positividade. Para Santos e Bispo Júnior (2010), o diagnóstico da infecção pelo HIV reflete na mulher não só uma condição patológica que implicará em mudanças no seu cotidiano, mas, sobretudo,

em uma realidade que interferirá na realização de seu sonho pela maternidade.

Então [...] na hora que eu descobri eu pensei acabou minhas chances de ter um filho... Agora acabou [...] Assim quando a gente casou ele falou a gente “vamo” ter um filho... ai ficou assim, nosso. O nosso sonho acabou [...] (ORQUÍDEA)

Silva, Alvarenga e Ayres (2006) acreditam que muitas gestações não planejadas decorrem do receio das mulheres positivas pela objeção dos profissionais de saúde em relação à gravidez. Os relatos refletem uma realidade diferente da mencionada pelos autores. Demonstra o apoio recebido pelo serviço de saúde, o que propiciou que conseguisse realizar toda profilaxia e garantir o nascimento de uma criança saudável.

[...] Ai conversando com a doutora na época, [...] se eu não me engano ai ela falou não, você pode ter filho sim, tem tantos por centos de chance dela nascer totalmente saudável né, simplesmente você fazendo o tratamento certinho né [...] (ORQUÍDEA)

Roso (2010) demonstrou em seu estudo mudanças no posicionamento dos profissionais da saúde em relação à reprodução da mulher soropositiva. Atualmente elas são capazes de aceitar com maior facilidade a gravidez nesse contexto. Segundo o autor, essa aceitação se torna viável em virtude da disponibilidade de medidas que podem evitar a transmissão vertical do HIV e o crescente número de pesquisas que constata a eficiência desses métodos.

Para Sant’Anna, Seidl e Galinkin (2008), a mulher soropositiva se realiza quando pode planejar a gestação, pois vislumbra a possibilidade de seus esforços gerar uma criança saudável e livre do HIV.

[...] Ai nós “arrisquemos” então vamos ter uma filha e hoje a gente tem uma filha de 8 anos totalmente saudável, convive com a gente, tem amor, carinho, beijo, abraço e totalmente saudável[...] (ORQUÍDEA)

É importante perceber que o apoio dos profissionais no desejo pela gestação foi fundamental para que ela conseguisse estabelecer todas as medidas profiláticas e conquistar o principal, o nascimento de um filho livre do HIV. Silva, Alvarenga e Ayres (2006) salientam que é fundamental a preocupação das políticas e práticas em saúde com relação ao risco da transmissão vertical, sendo que, isso deve servir de base para disponibilizar as informações e o acesso à profilaxia para essa via de transmissão, considerando as aspirações e projetos de vida mais amplos, como a maternidade.

2.4 Conhecimento sobre o Planejamento Familiar

Embora as participantes relatem não saber o que seja um planejamento familiar, é possível identificar ao longo das entrevistas conhecimentos advindos das consultas realizadas que fazem parte das informações essenciais no planejamento.

[...] eles explicaram que a partir desse momento a gente não podia ter relação sem camisinha [...] (ORQUÍDEA)

No âmbito do HIV é necessário organizar o atendimento aos portadores de forma integral, para além do manejo clínico da infecção e seus sintomas, incorporando a sua saúde reprodutiva e sua vida familiar (PAIVA et al., 2002). A extrema e necessária preocupação dos profissionais de saúde com a prevenção da transmissão sexual, vertical e com a

reinfecção leva-os a enfatizar a necessidade do preservativo o que pode representar, para as mulheres, que a função do planejamento familiar seja apenas controlar o número de filhos (SILVA; ALVARENGA; AYRES, 2006).

A importância do preservativo foi ressaltada e demonstrada de forma consistente, esboçando o conhecimento, advindo das consultas realizadas, sobre a necessidade para prevenção da reinfecção em virtude da situação vivenciada.

[...] porque o HIV dele “ta” fraco e o corpo dele “ta” forte, e o meu o “ta” forte HIV e o corpo “ta” fraco, se o meu HIV bate no dele da uma reação muito forte um no outro... (VIOLETA)

Apesar de ser um direito da mulher estabelecer o método contraceptivo a ser utilizado, os serviços de saúde devem auxiliar nas decisões das mulheres portadoras do HIV, visto que as melhores opções podem depender de critérios como estágio e evolução da doença, nível da carga viral e riscos associados (VASCONCELOS; GALVÃO, 2004).

É importante perceber que o apoio dos profissionais no desejo pela gestação foi fundamental para que ela conseguisse estabelecer todas as medidas profiláticas e conquistar o principal, o nascimento de um filho livre do HIV.

Silva, Alvarenga e Ayres (2006) salientam que é fundamental a preocupação das políticas e práticas em saúde com relação ao risco da transmissão vertical, sendo que isso deve servir de base para disponibilizar as informações e o acesso à profilaxia para essa via de transmissão, considerando as aspirações e projetos de vida mais amplos, como a maternidade.

Considerações finais

A reprodução no contexto do HIV é repleta de cuidados para que a infecção não seja transmitida para o recém-nascido. É fundamental que o serviço de saúde esteja apto a transmitir essas informações, de modo que as mulheres soropositivas possam realizar o desejo pela maternidade e que a criança possa nascer livre do HIV.

Visto que a incidência de mulheres que deparam com o diagnóstico da soro-positividade na gestação ainda é elevada, torna-se necessário difundir as campanhas de incentivo ao exame de detecção da infecção, para que as mulheres consigam conhecer sua sorologia antes de engravidar, pois o planejamento da gestação é fundamental para minimizar a ocorrência da transmissão vertical e esse deve ser realizado o quanto antes possível.

Através da pesquisa realizada pode-se perceber que a maioria das mulheres entrevistadas não deseja engravidar no momento. Entre as principais justificativas está, principalmente, o medo de transmitir o HIV para o filho. Apenas uma das participantes planejou a gestação após a descoberta da soro-positividade. Observou-se também a importância da realização do pré-natal, e dos exames realizados no mesmo, pois uma das participantes da pesquisa foi diagnosticada com HIV/AIDS através dos exames de rotina do pré-natal. Outro fato observado foi que, embora as participantes relatem não saber o que é o planejamento familiar, é possível identificar ao longo das entrevistas conhecimentos advindos das consultas realizadas que fazem parte das informações essenciais no planejamento.

O desejo pela maternidade no contexto do HIV não deve ser negligenciado pelos profissionais de saúde, visto que as mulheres que

pretenderem engravidar o farão, mesmo sem apoio, e com isso, a oportunidade de que essa gravidez ocorra dentro de todas as recomendações para minimizar a transmissão será perdida.

É nesse sentido que se aplica a importância do planejamento familiar, a realização de grupos que acolham todas as PVHA, não apenas indivíduos específicos. É fundamental para o sucesso das medidas de planejamento familiar o conhecimento do profissional acerca das opções disponíveis, riscos, benefícios, vantagens e desvantagens de cada método, pois possibilita ao cliente exercer seus direitos, e decidir quantos filhos pretende ter e quando isso irá ocorrer.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed 70, Editora: Livraria Martins Fontes, 1977.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - Manual de Bolso**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf> Acesso em: 04 nov. 2012.

CARVALHO, F.T. PICCININI, C.A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p.1889-1898, Porto Alegre, 2008.

EVANGELISTA, D. R. MOURA, E. R. F. Planejamento familiar de mulheres portadoras de HIV/AIDS. **Revista Mineira de Enfermagem**, Fortaleza v.3, p. 386-393, julho/setembro, 2011.

FIGUEIREDO, R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/AIDS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.1175-1183, 2010.

GALVÃO, M.T.G. CERQUEIRA, A.T.A.R. MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/ AIDS. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 194-200, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19778.pdf>.> Acesso em: 05 jan. 2013.

KONOPKA, C.K. BECK et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 4, p. 184-190, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06.pdf>.> Acesso em: 11 jan. 2013.

LANGENDORF, T.F. PADOIN, S.M.M. VIEIRA, L.B. MUTTI, C.F. Gestantes que têm HIV/AIDS no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 3, n. 3, p.2109-25, 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1358/pdf_416.> Acesso em: 11 jul. 2013.

MACEDO, A.C. L. ROCCO R. VASCONCELLOS, M. O atendimento obstétrico à mulher HIV positivo. **Revista FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, Dezembro 2007. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/revista%20femina/FEMINA%2035-12/Femina%2012_dezembro_765.pdf.> Acesso em: 23 mar. 2013.

MOURA, E.L. KIMURA, A.F. PRAÇA, N.S. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interaçionismo Simbólico. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p.206-11, 2010.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Planejamento Familiar, um manual global para profissionais e serviços de saúde**. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas. [S.l.], 2007.

PAIVA, V. LATORRE, M.R. GRAVATO, N. LACERDA, R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1609-1620, nov/dez, 2002.

NAGAHAMA, E. E. I. SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1859-1868, 2008.

ROMANELLI, R.M.C. et al. Experiências referentes à contracepção por mulheres sabidamente infectadas pelo HIV que engravidam. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Minas Gerais, v. 19, n. 1, p. 16-21, 2007. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/3.pdf>> Acesso em: 21 set. 2012.

ROSO, A. Mulheres Latinas e Transmissão Vertical do HIV: Visão dos Profissionais da Saúde que Atendem Mulheres Soropositivas nos Estados Unidos. **Revistas Científicas de América Latina**, v. 44, n. 2, p. 332-341, 2010.

SANT'ANNA, A.C.C. SEIDL, E.M.F. GALINKIN A. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Revista Estudo e Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 101-109, Campinas, 2008.

SANTOS, S.F.F. BISPO JÚNIOR, J.P. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 299-310, abr/jun. 2010.

SANTOS, N.J.S. BUCHALLA et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**; v. 36 n. 4, p. 12-23, 2002.

SILVA, N.E.K. ALVARENGA, A.T. AYRES, J.R. AIDS e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p.474-81, 2006.

VASCONCELOS, S.B. GALVÃO, M.T.G. Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Fortaleza, v.1, n. 3, p.369-75, Jul./Set, 2004.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS VERSUS AUTOMEDICAÇÃO: UMA REALIDADE DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Luízia Aparecida de Sousa Mendes¹

Débora Linsbinski Pereira²

Fabio Francoly Franciscon³

Raquel Santos Brito⁴

Daiane Gabriel⁵

Pacífica Pinheiro Cavalcanti⁶

Introdução

A automedicação é a prática de ingerir medicamentos por conta e risco próprio ou por indicação de pessoas não habilitadas, sem o acompanhamento de um apto profissional da saúde. Tal hábito pode agravar os efeitos colaterais (indesejáveis) dos medicamentos (BRASIL, 2009) ou comprometer a saúde, uma vez que, antes de sanar, tende a maximizar o problema ou trazer complicações indesejadas, por acabar mascarando a doença, podendo interferir em um diagnóstico e no tratamento (BAGGIO; FORMAGIOO, 2009).

1 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/*Campus* Universitário de Sinop.

2 Enfermeira, Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso/*Campus* de Sinop.

3 Enfermeiro, Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/*Campus* Universitário de Sinop.

4 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. E-mail: raquelbrito.enf@hotmail.com

5 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/*Campus* Universitário de Sinop.

6 Enfermeira, Doutora em Farmacologia pela UFC. Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso *Campus* Universitário de Sinop, Instituto de Ciências da Saúde. E-mail: pacificapinheiro@gmail.com

A prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), um grave problema de saúde pública e por esse motivo preconiza-se o seu controle através da implementação de programas e ações com foco em prevenção e promoção em saúde sexual e reprodutiva, primordialmente em níveis primários de atenção (BRASIL, 2008). No que se refere às IST, verifica-se que é imprescindível procurar atendimento adequado em instituições de saúde, seguindo a prescrição médica (BRASIL, 2006) e as orientações educativas da Enfermagem.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil da população atendida na rede pública de um município referência do norte do Mato Grosso que teve IST, bem como sua conduta frente a essas patologias e a prática da automedicação.

Descrição metodológica

A pesquisa foi realizada em um município situado ao norte de Mato Grosso, que é considerado polo educacional e da saúde regional, que possui cerca de 114 mil habitantes (IBGE, 2009).

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer, e modificar conceitos e fundamentar-se na formulação de problemas ou hipóteses para estudos posteriores (GIL, 2002), enquanto a pesquisa descritiva exige procedimentos do tipo levantamento, que envolve interrogações diretas de pessoas, cujo comportamento se deseja conhecer (CHIZZOTTI, 2010), além de observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos sem manipulá-los (CERVO et al., 2007).

A pesquisa qualitativa consiste em um estudo para compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver, que consiste em um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos mais complexos que não podem ser reduzidos (MINAYO, 2010).

Foram investigados indivíduos de ambos os sexos com vida sexual ativa e com idade igual ou superior a 18 anos, que procuravam o Sistema Único de Saúde para tratar as IST, sendo 72 atendidos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 99 no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para IST/AIDS. O SAE é referência para tratamento de doenças infectocontagiosas para 23 municípios da região Norte de Mato Grosso.

Os dados foram obtidos através de um formulário de entrevista, contendo perguntas abertas e fechadas. A coleta de dados teve início em junho de 2012 e finalização em agosto do mesmo ano. Assim, só participaram da pesquisa os voluntários que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT), *Campus* de Cáceres/MT sob o protocolo 105/2011 CEP/UNEMAT.

Análises dos dados qualitativos foram dispostos em forma de relatos, onde as falas foram organizadas por categorias (dados sociodemográficos, comportamento sexual e automedicação para IST), de acordo com o formulário de entrevista. Para os relatos foram atribuídos nomes de Deuses Gregos aos pesquisados, garantindo o anonimato das participantes (BRASIL, 1996). Os dados foram analisados através da estatística descritiva e a distribuição das frequências relativas foi apresentada em forma de tabelas.

Resultados e discussões

A amostra total pesquisada foi composta por 176 participantes, onde 43,75% (N=77) eram oriundos de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 56,25% (N=99) clientes do Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Dos participantes do SAE, 81% são do sexo feminino e 19% são do sexo masculino. Já no que se refere aos da USF, 85% são do sexo feminino e 15% do sexo masculino.

Percebe-se a predominância do sexo feminino e isso pode ser porque as mulheres constituem um dos principais grupos de usuários dos serviços de saúde, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

A população masculina ainda tem por hábito procurar tratamento médico após o agravamento patológico, aparentemente por “machismo”, ou por não valorizar os sinais clínicos, ou ainda por falta de tempo, por ser ele o provedor familiar. Contudo a não procura do homem ao serviço de saúde seria associada à invulnerabilidade, força e virilidade, características essas incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2012).

A idade dos pesquisados de ambas as amostras compreendeu entre 18 a 30 anos (45,40% USF e 43,43% SAE), 31 a 40 anos (28,60% USF e 34,34% SAE), 41 a 49 anos (19,50% USF e 18,18% SAE) e 50 anos ou mais (6,50% USF e 4,05% SAE). Quando comparadas as duas amostras quanto à idade não há diferença significativa, observa-se que em todas as idades há procura pelos serviços de saúde. Fato este que vem confirmar

que as políticas públicas de saúde devem atender todas as faixas etárias em todos os aspectos (BRASIL, 1990).

O estado civil de ambas as amostras foram de Solteiro (13% USF e 26,25% SAE), Casado (45,45% USF e 40,40% SAE), em União estável (22,07% USF e 18,20% SAE), Separado (14,28% USF e 13,13% SAE) e Viúvo (5,2% USF e 2,02% SAE).

Durante o questionamento sobre o estado civil, grande parte dos entrevistados relatou ser casado ou manter uma união estável, fator que eles entendem e dizem ser protetor para IST, já que existe confiança nos relacionamentos considerados monogâmicos. Conforme verificado nos depoimentos abaixo:

IST nunca tive não, o que é isso?...vixi Maria, eu não tive isso, sou casada e sou honesta [...]” (Atena)

“Meus exames deram que estou com uma IST, mas não acredito, não, pois não trai meu marido e ele não tem [...]”(Afrodite)

Para os entrevistados o fato de ter parceiro fixo significa proteção para IST. Fato semelhante ao encontrado na literatura, onde mostram que as pessoas com parceiros fixos (união estável) se consideram inatingíveis por qualquer IST, por possuírem um relacionamento confiável (NADAL; MANZIONE, 2003).

No que diz respeito à escolaridade, 2,60% dos voluntários da USF e 3,03% do SAE eram analfabetos, 58,44% USF e 44,44% SAE possuíam ensino fundamental incompleto, 11,68% USF e 5,05% SAE tinham o ensino fundamental completo, 24,68 USF e 32,32% SAE (ensino médio completo), 1,30% USF e 1,01% SAE (ensino superior completo), 1,30% USF e 8,08% SAE (ensino superior incompleto) e 0% USF e 6,06% SAE

(pós-graduado). A renda familiar foi de 1 salário mínimo (40,26% USF e 45,45% SAE), 2 a 3 salários (58,44% USF e 33,30% SAE), 2 a 5 salários (1,30% USF e 7,06% SAE), mais que 5 salários (0% USF e 7,06% SAE) e não possui renda (0% USF e 10,10% SAE).

Nos dois estratos, o ensino fundamental incompleto foi o mais prevalente. Com relação à escolaridade, a incidência de IST vem aumentando tanto em homens quanto em mulheres com até oito anos de estudo. A baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativo. Porém, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações intensificando a proliferação (BRASIL, 2006).

Dos clientes que procuram o serviço de saúde durante a coleta de dados, a grande maioria referiu que em algum momento de suas vidas apresentaram/apresenta algum sinal ou sintoma sugestivo de IST e alguns relataram mais de um sinal ou sintoma clínico, sendo os mais prevalentes: prurido 51%, ardor/queimação ao urinar 49%, dispaureunia 31%, feridas 21%, verrugas 12%, linfadenopatia 14%, corrimento amarelo fétido 43% e corrimento branco inodoro 24%.

O Ministério da Saúde utiliza a abordagem sindrômica como metodologia de atendimento às IST. As queixas referidas pelos clientes definem-se como sinais e sintomas de algumas IST, como por exemplo, Papiloma Vírus Humano (verruga 12%), ferida indolor (Sífilis) ou feridas dolorosas (Herpes) com 21%, corrimento amarelo fétido (gonorréia ou trichomonas com 43%), dor pélvica, além do corrimento branco sugestivo a Candidíase com 24%. A Candidíase não é mais considerada como uma infecção sexualmente transmissível, pois tal quadro clínico envolve

uma gama de fatores desde a higiene, bem como fatores imunológicos (BRASIL, 2006).

Os sujeitos da pesquisa, quando abordados sobre a ocorrência de IST, assumiram já ter apresentado sinais e sintomas, porém, só afirmaram serem portadores das mesmas os pacientes que vivem com o vírus do HIV. Os demais não confirmaram o diagnóstico médico para tal patologia.

Os clientes da USF ao serem indagados se já apresentaram ou possuem alguma das IST, 72% disseram que não, 13% sim e 15% não responderam o questionamento. Quanto aos usuários do SAE, 48% referiram possuir uma infecção sexualmente transmissível e 52% disseram não possuir. Dados estes que se opuseram em relação ao questionamento sobre o quadro clínico (sinais/sintomas) que poderiam ter apresentado em algum momento de suas vidas.

Sobre o número de parceiros (de ambos os sexos) evidenciados nesta pesquisa, no que diz respeito aos clientes da ESF 70% tiveram de 1 a 5 parceiros, 12% de 6 a 10 parceiros e mais de 10 parceiros 18%. Já no SAE, 52% dos entrevistados apresentaram de 1 a 5 parceiros, 24% de 6 a 10 e 24% mais de 10 parceiros.

Contudo, quanto maior o número de parceiros sexuais, maior a chance de apresentar sinais e sintomas característicos da IST. Os indivíduos com três ou mais parceiros nos últimos três meses apresentaram quase quatro vezes mais chance para o desfecho estudado, quando comparado com quem não teve parceiro sexual nos últimos três meses, considerando como um fator de risco (ARRET et al., 2004)

Com o advento da pílula anticoncepcional no Brasil, em meados de 1960, a população experimentou uma verdadeira “Revolução Sexual”.

Esse acontecimento culminou com a emancipação das mulheres, levando ao início da atividade sexual precoce, sem o uso de preservativo, preocupando-se apenas com a natalidade. Tal fator, de certa forma, influencia o comportamento sexual da população e favorece uma variação maior da quantidade de parceiros sexuais (PEDRO, 2003). Essa multiplicidade de parceiros contribui para fomentar a cadeia de transmissão das IST, o que pode ser vislumbrado no depoimento a seguir:

“Se eu já tive uma IST?... O que você acha? com essa quantidade de parceiros que já tive [...] mais de 2000, você deve tá pensando, e ainda não queria ter tido! Tive várias, hoje tenho a pior de todas e agora me cuida!” (Hera)

Em relação à automedicação, a amostra do SAE afirmou em menor proporção que pratica a automedicação com frequência, porém com índices ainda elevados de tal agravo, onde 72% afirmaram praticar automedicação por várias vezes, e 28% relataram nunca se automedicar, isso devido à periodicidade com que eles marcam consulta médica. No que diz respeito aos clientes do ESF, 82% deles afirmaram se automedicar por várias vezes e 18% assumiram nunca ter tomado medicação sem prescrição médica. Dados estes que se opõem a uma pesquisa realizada com adultos, no que se diz respeito à automedicação, onde somente 30% disseram realizar a automedicação (SCHMID; BERNAL; NILZA, 2010).

Cerca de 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são por meio da automedicação e ainda 44,1% seriam adquiridos com a apresentação da prescrição médica (AQUINO, 2008).

A automedicação em ambas as amostras predominou na utilização dos comprimidos por 70% dos entrevistados, 19% com o uso de plantas medicinais, 7% pomadas e 4% duchas vaginais. A predominância

da escolha por comprimidos, segundo relatos informais dos entrevistados, se dá pelas sobras de medicamentos previamente utilizados, já que usam a medicação apenas até desaparecerem os sintomas e não até a cura.

Conforme mencionando na fala de um dos clientes abaixo, fica notório a afirmação do Ministério da Saúde que relatou o crescimento quase que exponencial das IST, acabando por gerar um grande impacto psicológico em seus portadores, levando muitas vezes a tomar iniciativas equivocadas, como procurar assistência com pessoas sem a devida formação para tal e ocasionando a prática inadequada da automedicação (BRASIL, 2010).

“Essas pomadas eu uso, sempre tenho uma em casa, minha agente de saúde trás pra mim, toda mulher não pode ficar sem ela em casa...eu tenho umas feridinhas de vez em quando, mas não é IST não, eu passo pomada e não fica nem sinal [...]”(Geia)

Os portadores de IST têm receio em procurar um serviço de saúde devido ao constrangimento em expor a sua sexualidade, contribuindo assim para a aquisição de meio de compartilhamento familiar ou de circunvizinhos ou ainda a utilização de sobras de medicamentos e reutilização de prescrições antigas (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007).

O fato dos homens procurarem com menor frequência os serviços de saúde, ao se depararem com IST, aliado diretamente ao não uso de preservativo nas relações sexuais, contribui para a disseminação dessas patologias, como se pode evidenciar no relato abaixo:

“IST [...] hum, isso é aquelas doenças de mulher? [...] Nunca tive isso, não [...] eu heim! Isso não me pega não!” (Hércules)

Todavia, o Brasil assume a quinta posição no *ranking* mundial de consumo de medicamentos, ocupando o primeiro lugar em consumo na América Latina e o nono lugar no mercado mundial em volume financeiro. Tal fato pode estar relacionado as 24 mil mortes anuais no Brasil por intoxicação medicamentosa (MORAIS, 2001).

Da amostra, 70% responderam que conhece os riscos da prática da automedicação e 30% informou desconhecer os riscos dessa prática. A automedicação leva a riscos que vão desde reações alérgicas, diarreia, tonturas e enjoos, até anular eficácia ou potencializar efeitos colaterais de medicamentos. Dados internacionais estimam que o resultado negativo da automedicação, seja responsável por um custo de 85 bilhões de US\$ anuais e 15% a 20% dos orçamentos hospitalares se deve a complicações causadas pelo uso incorreto de medicamentos (AQUINO, 2008).

Estima-se que cerca de 15% das internações hospitalares sejam por possíveis reações de medicamentos e 92% dos casos de problemas com medicamentos no âmbito secundário e terciário da saúde passíveis de serem prevenidos (MASTROIANNI; GALDURÓZ; CARLINI, 2003).

É notória a inclusão do balconista da farmácia (Tabela 1) no processo de automedicação. O modelo que conduz à automedicação inicia-se com a percepção do problema de saúde pelo usuário, onde se apresentam duas opções: não tratar, procurar atendimento especializado ou praticar a automedicação em locais que dispunham de um fácil acesso para tal terapia (BRASIL, 2010).

Tabela 1 - Local da aquisição e tempo de uso dos medicamentos pelos clientes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família e no Serviço de Atendimento Especializado de Sinop/MT, 2012

Variáveis	USF		SAE	
	N (77)	(%)	N (99)	(%)
Meios de acesso aos medicamentos				
Farmácia (balconista)	43	55,84%	69	69,70%
Posto de Saúde	23	29,87%	18	18,18%
SAE	7	9,09%	4	4,04%
Familiares	4	5,20%	4	4,04%
Amigos	0		0	
Internet	0		0	
Não responderam			4	4,04%
Tempo de uso a medicação				
Até melhorar	35	45,50%	47	47,47%
4 dias	2	2,60%	0	
7 dias	11	14,3%	13	13,13%
Até passar o desconforto	10	13%	8	8,08%
15 dias	2	2,60%	0	
1 mês	4	5%	5	5,06%
Não respondeu	13	17%	26	26,26%

Além do que, grande parcela dos pacientes não utiliza os medicamentos corretamente (Tabela 1), uma das medidas do Ministério da Saúde que ajuda no combate à automedicação é o fracionamento, permitido desde 2005, onde o paciente leva para casa apenas a quantidade necessária para seu tratamento. Segundo a ANVISA (BRASIL, 2010), a venda fracionada reduz os riscos de intoxicação, visto que com a sobra

de medicamentos, muitas pessoas acabam intoxicadas pela ingestão de produtos vencidos ou inadequados. Apesar da introdução dessa normativa há seis anos, ainda é tímida a demanda por tal e a oferta por parte das farmácias ocasionando, assim, as indicações entre os familiares.

Tendo em vista o uso de antibióticos para sua eficácia, é indispensável tomar o medicamento no horário correto e cumprindo o período de uso determinado pelo médico (geralmente de sete a dez dias), exigindo responsabilidade para fazer esse tipo de tratamento, pois a interrupção pode levar a infecções generalizadas graves e ao agravamento de muitas patologias (BRASIL, 2010).

Quanto a não procura por atendimento especializado, 10 % referiram ser por vergonha, 1% medo, 7% mencionaram que não procuraram pela falta de profissionais de saúde, 55% por dificuldades no atendimento de saúde e 27% referiram ser por outros motivos. A dificuldade no atendimento contribui para fomentar a automedicação e fica claro no depoimento abaixo:

“eu sou hipocondríaco [...], tomo remédio antes de ficar doente [...], depois se você for esperar pra consultar, vai morrer, o posto marca consulta para 30 dias, até lá, já era!” (Hermes)

No Brasil, onde o acesso à assistência médica pública é difícil e onde há uma grande parcela da sociedade na faixa da pobreza e não tem condições financeiras para pagar um plano de saúde, a prática da automedicação torna-se bastante comum (BAGGIO; FORMAGGIO, 2009).

Considerações finais

A automedicação é um problema que deve ser visto pelos órgãos de saúde pública como um desafio constante. A automedicação na ESF e no SAE de um município do interior do Mato Grosso demonstrou que este problema não está só relacionado ao grau de escolaridade ou ao poder aquisitivo da clientela, e sim muitas vezes é um reflexo direto da falta de informações inerentes ao perigo dessa prática.

Os resultados do estudo mostraram alta prevalência de automedicação entre a população e sugere uma possível ineficiência de critérios técnicos no cuidado, bem como na qualidade da assistência farmacêutica oferecida pelos estabelecimentos farmacêuticos que realizam as vendas de medicamentos, bem como pelos profissionais que os dispensam no SUS, sem prescrição médica ou com prescrição médica, porém que fornecem esse medicamento aos clientes em quantia superior ao necessário para o tratamento, gerando assim sobra de medicamentos, o que possibilita o fornecimento destes fármacos a outros indivíduos por conta própria.

Contudo, a disseminação do uso de fármacos pode ser em virtude de uma fonte de acesso fácil, problema que precisa ser efetivamente encarado, implantando práticas educativas nas unidades que dispensam tais produtos, para que ocorra uma dispensação somente com prescrição médica e o uso racional destes medicamentos, possibilitando aos profissionais e usuários a construção de saberes e uma visão crítica sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. saúde coletiva**. 2008. 13 suppl: 733-736. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2012.

ARAÚJO, M. A.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST. Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**. 2007. v. 11, n. 3, p. 479-86. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a13.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2012.

ARRET, M. L. V. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 2004 , v. 38, n. 1, p. 76-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18455.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

BAGGIO, M. A.; FORMAGIOO, F. M. Automedicação: desvelando o descuido de si dos profissionais de enfermagem. **Rev. enfermagem UERJ**. 2009; v.17, n. 2, p. 8-224. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a15.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

BRASIL. Departamento de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde. **Guia de Bolso de Doenças infecciosas e parasitárias**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância em Saúde**/Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA)/ Ministério da Saúde. **O que devemos saber sobre os medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Departamento Epidemiológico. **Hepatites virais: o Brasil está atento**.3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde/Ministério da Saúde. **Programa nacional de DST/AIDS. Controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996b. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

CERVO, A.L. et al. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Rio de Janeiro, 2012. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p. 565-574. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa Populacional de 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

MASTROIANNI, P. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brazil. Ver. **Bras. Psiquiatr.** 2003; v. 25, n. 3, p. 146-155. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1516444620030003000006&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 9 set. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORAIS, J. **A medicina doente.** Isto é. 164. ed. São Paulo. Abril, 2001.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmitidas. São Paulo. **Rev. Bras. Coloproct**, 2003. v. 23, n. 2, p. 128-129. Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/biblioteca/documentos/Manual-Vancouver.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. São Paulo. **Rev. Bras. Hist.** 2003. v.23, n. 45, p. 239-260. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882003000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 ago. 2012.

SCHMID, B.; BERNAL, R. S., NILZA, N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** 2010; v. 44, n. 6, p. 1039-1045. Disponível em:<<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCM-QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fv-44n6%2F1493.pdf&ei=A0FFUKzhL7SM6QHNwIGYc&usg=AFQjCNHHaWLwaJslz1FN4lF895AH1acQBw>>. Acesso em: 27 ago. 2012.<<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCM-QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fv-44n6%2F1493.pdf&ei=A0FFUKzhL7SM6QHNwIGYc&usg=AFQjCNHHaWLwaJslz1FN4lF895AH1acQBw>>. Acesso em: 27 ago. 2012.

BAGGIO, M. A.; FORMAGIOO, F. M. Automedicação: desvelando o descuido de si dos profissionais de enfermagem. *Rev. enfermagem UERJ.* 2009; v.17, n. 2, p. 8-224. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a15.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

BRASIL. Departamento de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde. Guia de Bolso de Doenças infecciosas e parasitárias. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA)/ Ministério da Saúde. O que devemos saber sobre os medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Departamento Epidemiológico. Hepatites virais: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde/Ministério da Saúde. Programa nacional de DST/AIDS. Controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996b. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

CERVO, A.L. et al. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GIL, A.C. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Rio de Janeiro, 2012. Cad. Saúde Pública. v. 23, n. 3, p. 565-574. Disponível

vel em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativa Populacional de 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

MASTROIANNI, P. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brazil. *Ver. Bras. Psiquiatr.* 2003; v. 25, n. 3, p. 146-155. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S151644462003000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 9 set. 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORAIS, J. A medicina doente. Isto é. 164. ed. São Paulo. Abril, 2001.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmitidas. São Paulo. *Rev. Bras. Coloproct.* 2003. v. 23, n. 2, p. 128-129. Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/biblioteca/documentos/Manual-Vancouver.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. São Paulo. *Rev. Bras. Hist.* 2003. v.23, n. 45, p. 239-260. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882003000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 ago. 2012.

SCHMID, B.; BERNAL, R. S., NILZA, N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2010; v. 44, n. 6, p. 1039-1045. Disponível em: <<http://www.google.com/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fv44n6%2F1493.pdf&ei=A0FFUKzhL7SM6QHNwIGYCG&usq=AFQjCNHHaWLwaJslz1FN4lF895AH1acQBw>>. Acesso em: 27 ago. 2012.




EduFMT
DIGITAL

The logo for EduFMT Digital features a stylized graphic of a globe or a network of nodes above the text. The text "EduFMT" is in a large, serif font, and "DIGITAL" is in a smaller, all-caps, sans-serif font below it.