



URI | FREDERICO
WESTPHALEN



X SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

29 a 31 de maio de 2012

Auditório da URI

TEMA:

Desafiando o Tabagismo

**DIGA
NÃO**



**X SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DESAFIANDO O TABAGISMO

ANAIS



UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA
DO ALTO URUGUAI
E DAS MISSÕES

REITORIA

Reitor:

Luiz Mario Silveira Spinelli

Pró-Reitora de Ensino:

Rosane Vontobel Rodrigues

Pró-Reitor de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação:

Giovani Palma Bastos

Pró-Reitor de Administração:

Clóvis Quadros Hempel

CAMPUS DE ERECHIM

Diretor Geral:

Paulo José Sponchiado

Diretor Acadêmico:

Elisabete Maria Zanin

Diretor Administrativo:

Paulo Roberto Giollo

CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN

Diretor Geral:

César Luis Pinheiro

Diretora Acadêmica:

Silvia Regina Canan

Diretor Administrativo:

Nestor Henrique De Cesaro

CAMPUS DE SANTO ÂNGELO

Diretor Geral:

Maurílio Miguel Tiecker

Diretora Acadêmica:

Neusa Maria John Scheid

Diretora Administrativa:

Gilberto Pacheco

CAMPUS DE SANTIAGO

Diretor Geral:

Francisco de Assis Górski

Diretora Acadêmica:

Michele Noal Beltrão

Diretor Administrativo:

Jorge Padilha Santos

EXTENSÃO DE CERRO LARGO

Diretora Geral:

Edson Bolzan

EXTENSÃO DE SÃO LUIZ GONZAGA

Diretora Geral:

Sonia Regina Bressan Vieira



ANAIS DA X SEMANA
ACADÊMICA DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

DESAFIANDO O TABAGISMO

21 a 29 DE MAIO DE 2012
FREDERICO WESTPHALEN - RS

ORGANIZAÇÃO DO EVENTO

Universidade Regional Integrada do Alto
Uruguai e das Missões – Campus de Frederico
Westphalen

Departamento de Ciências da Saúde
Curso de Enfermagem

Comissão Organizadora

Coordenação e Professores do Curso de
Graduação em Enfermagem
Acadêmicos do V Semestre do Curso de
Graduação em Enfermagem

Comissão Científica

Adriana Rotoli
Carla Argenta
Debora Dalegrave
Jaqueline Marafon Pinheiro

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

X SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DESAFIANDO O TABAGISMO

ANAIS

Organizadoras
Debora Dalegrave
Jaqueline Marafon Pinheiro

FREDERICO WESTPHALEN – RS



2012

Anais da X Sem. Acad. do Curso de Grad. Enfermagem	Frederico Westphalen	p. 1-125	Mai 2012
--	----------------------	----------	----------

ANAIS DA X SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM



O trabalho ANAIS DA X SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM de
Curso de Graduação em Enfermagem foi licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição -
NãoComercial - SemDerivados 3.0 Não Adaptada.

Organização: Debora Dalegrave, Jaqueline Marafon Pinheiro
Revisão metodológica: Franciele da Silva Nascimento
Diagramação: Franciele da Silva Nascimento
Capa/Arte: Jéssica Furini do Amarante
Revisão Linguística: Wilson Cadoná

O conteúdo de cada resumo bem como sua redação formal são de responsabilidade exclusiva dos
(as) autores (as).

S47a Semana acadêmica do curso de graduação em enfermagem (10.: 2012:
Frederico Westphalen, RS)
Anais [recurso eletrônico] [da] X Semana acadêmica do curso de
graduação em Enfermagem: desafiando o tabagismo / Organizadoras:
Débora Dalegrave, Jaqueline Marafon Pinheiro. – Frederico
Westphalen: Ed. URI, 2012.
125 p.

ISBN 978-85-7796-076-7

1. Enfermagem. I. Dalegrave, Debora II. Pinheiro, Jaqueline
Marafon. IV. Título.

CDU 616-083(063)



Editora: URI

URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prédio 8, Sala 108
Campus de Frederico Westphalen
Rua Assis Brasil, 709 - CEP 98400-000
Tel.: 55 3744 9223 - Fax: 55 3744-9265
E-mail: editorauri@yahoo.com.br, editora@uri.edu.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
RESUMOS EXPANDIDOS	9
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO	10
GRUPO DE TABAGISMO: UMA INICIATIVA PARA PARAR DE FUMAR	13
ANÁLISE PRELIMINAR: PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA COM PESSOAS IDOSAS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FREDERICO WESTPHALEN/RS.....	16
ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE.....	19
A IMPORTANCIA DA TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	22
MUDANÇA NA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVDUOS COM OBESIDADE MÓRBIDA SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA	24
MULHERES NO CLIMATÉRIO: AVALIAÇÃO COGNITIVA E A RELAÇÃO COM A OBESIDADE.....	27
GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTOS DE UM MESMO PROCESSO	30
A PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO.....	33
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	36
RELAÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS COM A ALIMENTAÇÃO NA TERCEIRA IDADE.....	39
CUSTO DOS CARDÁPIOS OFERTADOS PARA OS ALUNOS DA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	42
INGESTÃO DE CÁLCIO E DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM IDOSOS DE FREDERICO WESTPHALEN.....	45
GLÚTEN E DOENÇA CELÍACA: CONHECIMENTO SOBRE O TEMA POR ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO	48
DEPRESSÃO: UM DESAFIO PARA A CIÊNCIA.....	51
AÇÃO CONTRA DESPERDÍCIO DE ALIMENTOS EM UM RESTAURANTE COMERCIAL DE FREDERICO WESTPHALEN.....	54
DOENÇA DE ALZHEIMER: ASPECTOS NUTRICIONAIS NO IDOSO.....	56
TABAGISMO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	58
TUBERCULOSE: SUA HISTÓRIA E AS POLITICAS PÚBLICAS.....	61

SISTEMA DE INFORMAÇÃO UM ARTIFÍCIO PARA ENFERMAGEM	64
SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: relato de experiência	66
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO, FRENTE À PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL.....	68
A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL À SAÚDE DO IDOSO.....	70
O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL: PONTO DE VISTA DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS.....	73
UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE TRABALHO NA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	76
AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO RESIDENTES EM ÁREA RURAL: UMA NOTA PRÉVIA	79
O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	82
DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ÂMBITO DA NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM.....	85
LEUCEMIAS.....	88
ANEMIAS.....	91
PROMENOR, UMA VISÃO REFLEXIVA E HUMANÍSTICA	94
VIVÊNCIA PRÁTICA RELACIONADA À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	96
CRACK: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO.....	99
PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	101
A EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: UMA NOVA PERSPECTIVA	103
O CONTROLE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DA DELIBERAÇÃO PÚBLICA	107
MUDANÇAS E EXPECTATIVAS DE ADOLESCENTES EM RELAÇÃO AO SEU PERFIL NUTRICIONAL.....	110
ARTRITE REUMATOIDE	113
RESUMOS SIMPLES.....	115
O QUE ENTENDEMOS SOBRE FISIOLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	116
ENFERMAGEM: A ESSÊNCIA DO CUIDADO.....	117
DIFERENTES PONTOS DE VISTA SOBRE UM MESMO ASUNTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	118

A PRIMEIRA VISITA PRÁTICA DO CURSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	119
A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	120
A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA PARA A ENFERMAGEM.....	121
PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	122
A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA NA ÁREA DA ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	123
O PAPEL DO ENFERMEIRO	124
A IMPORTÂNCIA DA MUSICOTERAPIA.....	125

APRESENTAÇÃO

A X Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, da URI – Campus de Frederico Westphalen ocorreu nos dias 29,30 e 31 de maio de 2012, e teve como tema central “Desafiando o Tabagismo”.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A cada ano morrem cerca de 6 milhões de pessoas no mundo devido ao consumo dos produtos derivados do tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). No Brasil, cerca de 200 mil mortes/ano são decorrentes do tabagismo, sendo a segunda maior causa de mortes prevenível e a terceira entre fumantes passivos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008). Se as tendências atuais da expansão do tabagismo continuarem, estima-se para o ano 2030, 8 milhões de mortes no mundo em consequência do tabagismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O consumo do tabaco está relacionado à cerca de 50 diferentes doenças, muito delas graves e fatais, destacando-se o grupo das cardiovasculares, respiratórias e cânceres, além de ser fator de risco para outras doenças (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011a). Cabe ressaltar ainda que, além das consequências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais.

Devido o tabagismo ser considerado um grande problema de saúde pública mundial, o Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, está engajado nas discussões frente a temática tabagismo, e neste sentido pretende ampliar juntamente com demais professores, profissionais, acadêmicos e comunidade geral sobre a temática, bem como, a operacionalização de ações voltadas a prevenção, combate ao tabagismo.

Assim, o objetivo foi ampliar o conhecimento de acadêmicos, funcionários e professores do Curso de Graduação em Enfermagem, profissionais da área da saúde e comunidade em geral, além de propiciar troca de experiências frente a temática, por meio da realização da X Semana Acadêmica.

Os trabalhos da Mostra Científica foram apresentados na forma de exposição oral, sendo previamente avaliados pela comissão formada pelos professores do curso de Graduação em Enfermagem, traduzindo a preocupação do curso com a qualidade das produções. Essa modalidade de exposição possibilitou a inserção da escrita e da fala, a valorização das vivências, a experiência e o incentivo para preparar os acadêmicos para apresentação de trabalho científico como também desenvolver a habilidade da comunicação em público.

Adriana Rotoli

*Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
URI-FW*

RESUMOS EXPANDIDOS

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO¹

Cássia Jordana Krug Wendt²
Jaqueline Marafon Pinheiro³

A gravidez é uma fase de grandes mudanças na vida da mulher, com transformações físicas e psicológicas. Na maioria das vezes, essas mudanças podem gerar um momento de muitas novidades, dúvidas, insegurança e curiosidades. É nesse sentido que profissionais da área da saúde, principalmente os profissionais enfermeiros, podem vir a atuar na atenção pré-natal de maneira eficaz, transmitindo informações referentes à saúde durante a gestação. Conforme Stumm, Santos & Ressel (2012), o profissional enfermeiro tem um papel importante na atenção pré-natal, pois oferece à gestante e à família suporte emocional e troca de conhecimentos durante o período gestacional. Uma das atividades realizadas pelo profissional enfermeiro no cuidado a gestantes é a assistência pré-natal através de consultas de enfermagem a gestantes, conhecidas também como consulta pré-natal. Entretanto, a assistência à gestante não está restrita somente à consulta pré-natal, através de ações em saúde individuais ou coletivas, como os grupos de saúde à gestante, sala de espera e visitas domiciliares, o profissional enfermeiro possibilita à gestante ter um espaço para solucionar suas dúvidas e aprender a cuidar de sua gestação. Durante os grupos de saúde, que podem envolver também as famílias das gestantes, os enfermeiros abordam assuntos referentes à importância do pré-natal, às modificações corporais e emocionais, aos sintomas na gravidez e orientações para controlá-los, aos sinais de alerta, à preparação e evolução do parto, incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno, cuidados com a alimentação, higiene e atividade física durante a gestação, às consultas puerperais, entre outros. (BRASIL, 2005). O pré-natal é uma estratégia de cuidado e acompanhamento realizado pelo enfermeiro e/ou médico durante o período gestacional, fornecido gratuitamente pelos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Inclui ações de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico e tratamento de problemas que possam ocorrer neste período. Tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início da gravidez, proporcionando um bem-estar materno e fetal para o nascimento de uma criança saudável. (BRASIL, 2005). Conforme Rodrigues, Nascimento & Araújo (2011) a atenção pré-natal inicia com a concepção até o início do parto e objetiva identificar, tratar ou controlar patologias, prevenir complicações durante a gestação e o parto, promover um bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para assumir a responsabilidade paternal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 e a Resolução do COFEN nº 271/2002, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e o pré-natal de baixo risco podem ser acompanhados pelo profissional enfermeiro. O presente trabalho tem por finalidade abordar a temática assistência pré-natal a partir da experiência acadêmica vivenciada durante a realização do Estágio Supervisionado II A do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI, Campus de Frederico Westphalen. No mês de abril de 2012, durante o estágio curricular realizado na Estratégia de Saúde da Família III do município de Frederico Westphalen foi possível realizar diversas ações em saúde, específicas do profissional enfermeiro que atua no

¹ Resumo Expandido

² Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen/RS. Relatora do trabalho. E-mail: cjkwendt@hotmail.com

³ Enfermeira. Professora Supervisora do Estágio Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen/RS. Orientadora do trabalho.

âmbito da saúde pública brasileira. Dentre as atividades propostas, a consulta pré-natal com gestantes de diferentes períodos gestacionais foi realizada em conjunto com a enfermeira e o médico da Unidade. As consultas pré-natais eram realizadas todas as quartas-feiras, pelo turno da tarde e iniciavam com o preenchimento da ficha no setor da recepção. Por ordem de chegada as mesmas eram atendidas pelo profissional enfermeiro, e posteriormente, encaminhadas ao profissional médico, se necessário. Durante as consultas foram realizadas a anamnese e o exame clínico-obstétrico com as gestantes como, por exemplo, aferição da pressão arterial, pesagem da gestante, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, pesquisa de edema, além disso, foram solicitados e avaliados exames laboratoriais de rotina (ultrassonografia, exames de sangue e urina, sorologia para sífilis, toxoplasmose, hepatite B, anti-HIV) e realizado cálculos para idade gestacional e data provável do parto. Durante as consultas foram feitas orientações de enfermagem quanto à importância do pré-natal, cuidados durante a gestação como a alimentação, calendário de vacinação e cuidados pós-parto e com o recém-nascido. Também foi possível realizar questões burocráticas e obrigatórias como o preenchimento do Cartão da Gestante e o cadastramento da gestante no SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento). O acompanhamento da gestante durante as consultas de pré-natal são fundamentais para diminuir as taxas de mortalidade tanto materna quanto infantil. É possível identificar, tratar patologias e prevenir complicações na gestação e do parto, além disso, acompanha o desenvolvimento fetal. (BRASIL, 2005). Segundo dados do Ministério da Saúde o número de consultas pré-natais teve um aumento de 125% entre os anos de 2003 a 2009, atingindo 19,4 milhões de consultas. Esse aumento é reflexo da ampliação dos serviços de saúde às mulheres e produz uma queda significativa na mortalidade materna e infantil no país. (BRASIL, 2012). As consultas de pré-natal podem ser realizadas tanto nas unidades de saúde quanto durante as visitas domiciliares. O Ministério da Saúde recomenda o início do acompanhamento da gestante o mais precocemente possível, de preferência dentro dos primeiros 120 dias de gestação, devido as possíveis complicações mais frequentemente ocorridas no primeiro trimestre de gestação. É proposto um mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. O acompanhamento da gestante só se encerra após o 42º dia de puerpério. (BRASIL, 2005). Assim, na primeira consulta pré-natal o profissional de saúde irá preencher o Cartão da Gestante e cadastrá-la no SISPRENATAL. É realizado a anamnese com levantamento de dados abordando desde dados epidemiológicos, história clínica, antecedentes familiares, pessoais e obstétricos e a condição de saúde na gravidez atual. Em seguida, deve ser realizado o exame físico e gineco-obstétrico completo e a solicitação dos exames laboratoriais de rotina. Nas consultas subsequentes, deverá ser feita uma revisão na ficha perinatal e realizadas o exame físico mais sucinto, interpretação dos exames e se necessário, solicitação de exames complementares. Durante as consultas, deverão ser ouvidas as dúvidas e realizado as orientações necessárias à mulher sobre a sua gravidez. (BRASIL, 2005). Conforme Martins et al (2012) é através destas consultas que a gestante irá acompanhar o desenvolvimento de sua gravidez e as condições do feto. Além disso, é um momento em que o enfermeiro tem para orientá-la quanto à importância do pré-natal e solucionar as dúvidas mais frequentes. Para tal, é necessária a realização de um pré-natal humanizado e de qualidade, proporcionando um ambiente acolhedor para que a gestante se sinta confortável e segura para refletir sobre sua saúde. (MARTINS et al., 2012). A assistência pré-natal qualificada quando realizada pelo profissional enfermeiro reduz as taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal e possibilita uma gestação mais tranquila e saudável. Através de consultas de pré-natal ou grupos de saúde, por exemplo, é possível realizar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante. Mas, para tal, faz-se necessário um conhecimento amplo sobre o período gestacional e um profissional enfermeiro apto para desempenhar as diversas funções na assistência pré-natal, em especial que consiga identificar possíveis riscos o mais breve possível e possibilitar, assim, uma atenção qualificada e uma gestação mais saudável.

Palavras-chave: Assistência pré-natal. Consulta pré-natal. Profissional enfermeiro.

Referências

BRASIL. Portal da Saúde. **Pré-natal**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33959&janela=1>. Acessado em: 15 maio 2012.

BRASIL. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MARTINS, J. S. de A. et al. A assistência de enfermagem no pré-natal: enfoque na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Uniabeu**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 278-288, jan./abr. 2012.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. do.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm.**, USP. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, fev. 2011.

STUMM, K. E.; SANTOS, C. C. dos.; RESSEL, L. B. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Revista Enfermagem Reufsm.**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 165-173, jan./abr., 2012.

GRUPO DE TABAGISMO: UMA INICIATIVA PARA PARAR DE FUMAR

Cássia Jordana Krug Wendt¹
Jaqueline Marafon Pinheiro²

O tabagismo é considerado uma doença do grupo de transtornos mentais e de comportamento, caracterizada pela dependência da nicotina. Atualmente, é um importante problema no âmbito da saúde pública brasileira. (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um terço da população mundial adulta faz uso de derivados do tabaco, sendo aproximadamente 47% da população masculina e 12 % da população feminina. O tabagismo é a principal causa evitável de morte, entretanto, cerca de cinco milhões de pessoas no mundo morrem por ano vítimas do uso do tabaco. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer prevê que 18,8 % da população brasileira sejam fumantes, 22,7% dos homens e 16% das mulheres fumam no país. Outro dado alarmante é a ocorrência de 200 mil mortes por ano, em torno de 23 óbitos por hora, em decorrência das doenças relacionadas com o tabaco. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A fumaça dos derivados do tabaco, composta por mais de quatro mil substâncias, é responsável por aproximadamente 50 doenças, das quais se destacam as doenças cardiovasculares e pulmonares. Quando comparados com os não fumantes, os tabagistas têm cerca de 20 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão, visto que o consumo do tabaco é o principal fator de risco para o desenvolvimento deste câncer. (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2012). Mas, ao parar de fumar, o organismo do ex-fumante vai se restabelecendo e diminui-se gradativamente o risco de vir a ser portador dessas doenças. Entretanto, como o fumante tornou-se dependente da nicotina, muitas vezes há anos e de forma rápida, o fato de parar de fumar pode ser uma tarefa difícil, exigindo tratamento e ajuda de outras pessoas, por exemplo. Estudos revelam que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas, sem apoio, somente 3% conseguem a cada ano. (BRASIL, 2004). Neste sentido, com o intuito de controlar o tabagismo no Brasil e auxiliar os fumantes a parar de fumar, o Ministério da Saúde em parceria com o INCA, coordena o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2012). O presente trabalho pretende destacar a experiência vivenciada pela acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, na prática dos grupos de controle de tabagismo realizada durante o Estágio Supervisionado II A. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo começou a ser realizado em 2010 pela Secretaria Municipal de Saúde de Frederico Westphalen. Sob coordenação de uma enfermeira e uma médica da Unidade Central de Saúde, o programa presta atendimento aos fumantes do município que pretendem parar de fumar, através de grupos de apoio ou grupos de controle do tabagismo. O tratamento do tabagismo pelo Sistema Único de Saúde é regulamentado pela Portaria nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004. O tratamento é feito a partir de uma abordagem cognitivo-comportamental e com apoio medicamentoso, quando necessário, em unidades de saúde do SUS, por profissionais da área da saúde capacitados na abordagem e tratamento pelo INCA. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012). Para atender os que procuram o programa, os fumantes do município procuram a Unidade Central de Saúde e são inscritos na lista de espera, posteriormente, os mesmos são contatados em ordem sequencial, pela equipe de saúde para a formação dos grupos. Após o contato telefônico com os inscritos, os mesmos são

¹ Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen/RS. Relatora do trabalho. E-mail: cjkwendt@hotmail.com

² Enfermeira. Professora Supervisora do Estágio Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen/RS. Orientadora do trabalho.

encaminhados à consulta médica, com data e hora agendada, para avaliação clínica e então são convidados a participar dos encontros do grupo de controle. Os grupos são formados por no máximo 15 participantes. Os encontros com os participantes do programa acontecem uma vez por semana durante um mês. Após as quatro primeiras sessões, os participantes retornam ao grupo duas semanas depois para uma atividade de manutenção do controle do tabagismo. No município, as sessões são realizadas nas quartas-feiras, pelo turno da tarde, a partir das 15:30 min, com duração média de 60 minutos. Durante os grupos, os participantes recebem informativos sobre o tema, como o manual “Deixando de fumar sem mistérios” do Instituto Nacional do Câncer, além disso, os mesmos podem retirar as medicações que auxiliam na amenização dos sintomas da abstinência. O Ministério da Saúde é responsável por encaminhar às Secretarias Municipais de Saúde os manuais do participante para serem utilizados durante as sessões e os medicamentos como o adesivo transdérmico de nicotina, a goma de mascar de nicotina e o cloridrato de bupropiona. (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2012). No primeiro encontro do grupo são esclarecidos os assuntos quanto ao que é o tabaco, os malefícios que o mesmo causa à saúde de quem fuma e de quem convive com o fumante, as maneiras de parar de fumar, a importância de participar do grupo e a vontade que cada um deve demonstrar para abandonar o vício. Durante o primeiro encontro, os participantes são convidados a escolher um dia para parar definitivamente de fumar. No segundo encontro, dependendo dos participantes, já existem alguns ex-fumantes que decidiram parar de fumar no decorrer da semana anterior. Nesta segunda sessão a conversa é em torno dos primeiros dias sem o uso do cigarro, são comentados os sintomas e a crise de abstinência, além de como lidar com os primeiros dias sem o cigarro e não recair, tendo como foco maior o incentivo para eles pararem de fumar. No terceiro encontro a conversa gira em torno dos primeiros benefícios ao largar o fumo e dos obstáculos desanimadores capazes de fazer o indivíduo voltar a fumar. Neste encontro, são apresentados os medicamentos que auxiliam na parada do vício, como os adesivos de nicotina que são utilizados de maneira decrescente, adesivo de 21 mg, após de 14 mg e depois de 7 mg. Os indivíduos que queiram utilizar as medicações começam a retirá-los e recebem os mesmos até 3 meses após a participação dos grupos. Na última sessão desta fase, se fala sobre os benefícios conquistados a longo prazo e as dicas de como permanecer sem o cigarro e vencer as tentações da sociedade. Os participantes são avaliados quanto ao uso das medicações, seus efeitos colaterais e, se necessário há um ajuste nas doses dos mesmos. Durante a realização de todos os encontros, os participantes recebem orientações a cerca do tema tabagismo e informações sobre como parar de fumar. Além disso, os mesmos possuem um espaço para relatar suas experiências vivenciadas durante a última semana sem o uso do cigarro. Muitos deles referem a dificuldade de parar de fumar, a dificuldade de controlar a fissura pelo cigarro, principalmente quando estão sozinhos ou com a presença de algum fumante, comentam sobre os sintomas da abstinência, como dor de cabeça, irritabilidade, alteração do sono, tosse, indisposição gástrica, por exemplo. Os primeiros dias após o abandono do tabagismo podem ser considerados os mais difíceis, porém as dificuldades a cada dia torna-se menores. (MACHADO; ALERICO; SENA, 2007). Nos primeiros dias, o ex-fumante começa a apresentar alguns sintomas desagradáveis caracterizando a síndrome da abstinência, sendo que esses sintomas não são sentidos de forma igual por todas as pessoas. Os sintomas tendem a desaparecer após duas semanas sem o cigarro. O sintoma mais intenso e relatado pelos ex-fumantes é a grande vontade de fumar, em episódios que duram em torno de 5 minutos, e vai reduzindo gradativamente e aumentando os intervalos entre cada episódio. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012). Durante as últimas sessões, alguns participantes já referem sobre os benefícios vistos desde a parada do consumo do cigarro como, por exemplo, melhora na disposição e atividades diárias, melhora do sono, na voz, na pele e cabelos. Os ex-fumantes expõem também sobre o apoio que a família e amigos estão dando para eles pararem com o vício. Os grupos são uma ferramenta importante no auxílio ao abandono do vício, pois além de ser um meio de troca de experiências, os participantes recebem incentivo para pararem de fumar.

Pode-se constatar que os trabalhos em grupo resultam em efeitos positivos, pois muitas pessoas que participaram dos grupos de controle já conseguiram largar o tabagismo. Nos encontros, os participantes possuem um objetivo em comum, passam pelos mesmos sentimentos e dificuldades o que fortalece o objetivo de parar definitivamente de fumar e manter essa condição benéfica à saúde pelo resto da vida. As informações quanto ao tabaco, seus malefícios à saúde e como fazer para parar com o tabagismo, repassadas aos ex-fumantes pelos profissionais da área da saúde, especialmente pelo profissional enfermeiro, vão de encontro com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, como a promoção da saúde e prevenção de agravos. Entretanto, é fundamental que as ações não estejam focadas somente na recuperação da saúde dos usuários. É necessário que se promova ações educativas e preventivas, através da educação em saúde em escolas, e grupos de saúde. Isso vem fortalecer a ideia dos malefícios do uso do cigarro e evitar que muitas pessoas adotem o vício de fumar.

Palavras-chave: Tabagismo. Promoção da saúde. Profissional enfermeiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm>>. Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Tabagismo**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1446>. Acesso em: 13 maio 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 14 maio 2012.

MACHADO, V. C.; ALERICO, M. I.; SENA, J. Programa de prevenção e tratamento do tabagismo: uma vivência acadêmica de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 12, n. 2, p. 248-252, abr./jun. 2007.

ANÁLISE PRELIMINAR: PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA COM PESSOAS IDOSAS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FREDERICO WESTPHALEN/RS

Lidiane Lisik¹
Cássia Jordana KrugWendt²
Marinês Aires³

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, entre as diversas consequências a serem enfrentadas pelas famílias e pelos serviços de saúde, destaca-se o aumento da proporção de pessoas idosas, em sua maioria com baixo nível socioeconômico, com baixa escolaridade e com alta prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs). Este fenômeno gera impacto e novas demandas na área da saúde, levando à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais para atender às necessidades de saúde deste grupo populacional cada vez mais expressivo. (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; RAMOS, 2003). O processo de envelhecimento populacional incita uma maior preocupação em relação ao desenvolvimento de políticas e programas que atendam às necessidades de saúde e promovam cuidados específicos direcionados às peculiaridades dessa população. (CARVALHO; GARCIA, 2003, KALACHE, 2008). A medida que a pessoa idosa vai envelhecendo poderá ocorrer o comprometimento da capacidade funcional, implicando em necessidades de cuidados, aumentando a responsabilidade sobre a família. Porém, as famílias nem sempre têm condições favoráveis para proporcionar cuidado às pessoas idosas, às vezes, pelas condições socioeconômicas, ausência de uma pessoa para assumir o cuidado, falta de apoio informal e até mesmo de redes de suporte formal. Desse modo, o envelhecimento torna-se um desafio a ser incorporado pela área da saúde, em que se contrapõem duas situações: a primeira refere-se às condições necessárias para a manutenção dos cuidados ao idoso na comunidade; a segunda, às condições da família para assumir os cuidados ao idoso. (CALDAS, 2003). Cabe enfatizar que o modelo vigente de atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) embasa uma assistência diferenciada em cada realidade vivenciada pela população, pois cada equipe de saúde pode atuar, de modo a avaliar os problemas, realizando um levantamento dos mesmos para, a partir disso, promover estratégias cabíveis junto à comunidade a ser assistida. Destaca-se ainda que as tecnologias assistenciais de cuidado à saúde integradas ao exercício são dirigidas às famílias, e, nesses núcleos familiares, a pessoa idosa e seus cuidadores, demanda de programas de orientação, informação e apoio da Equipe de Saúde da Família. O presente trabalho tem por finalidade apresentar os resultados preliminares do projeto de Iniciação Científica “Caracterização e utilização da rede de apoio social formal e informal das pessoas idosas e seus cuidadores familiares no município de Frederico Westphalen/Rio Grande do Sul”, realizado pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI, Campus de Frederico Westphalen. O estudo guarda-chuva visa identificar as características, a situação de saúde e a utilização da rede de apoio formal e informal das pessoas idosas e seus receptivos cuidadores das ESFs de Frederico Westphalen. O estudo pode ser classificado como sendo de base populacional, observacional, transversal, do tipo inquérito ou surveys. (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003). Os campos de estudo

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen.

² Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - URI - Campus de Frederico Westphalen. Rio Grande do Sul. Brasil.

investigados até o momento foram as Estratégias de Saúde da Família II e III do município de Frederico Westphalen. Os sujeitos da pesquisa são os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na área de abrangência das ESFs. Os critérios para participar da pesquisa foram idade igual ou superior a sessenta anos, residentes na área de abrangência da ESF II e III e aceitar participar da pesquisa voluntariamente. Os indivíduos não localizados após três tentativas de visita foram excluídos da pesquisa. Para o cuidador familiar, o critério de inclusão é ser cuidador familiar de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no mínimo 6 meses (autonominado pela própria família: porque cuida, é responsável e toma decisões pelo idoso cuidado) e critério de exclusão cuidadores familiares com menos de 18 anos e não aceitar participar do estudo. Primeiramente, os idosos foram identificados por meio da Ficha A, Ficha de Cadastramento de Famílias da comunidade de abrangência das ESFs. Posteriormente, a coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2011 a março de 2012, através da entrevista estruturada durante a visita domiciliar. Destaca-se que foi realizado um teste piloto com cinco sujeitos antes de iniciar a pesquisa para avaliar a aplicabilidade dos instrumentos. Durante a realização das entrevistas foram utilizados dois instrumentos compostos por questões abertas e fechadas, o Questionário Geral da Família (QGF) e o Questionário Específico da Pessoa Idosa (QEPI). Estes, são responsáveis por informações referentes à condição socioeconômica da família, condição de saúde da pessoa idosa, além do grau de dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária e a rede social da pessoa idosa. A presente pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI, Campus de Frederico Westphalen para avaliação, sendo aprovada pelo nº CAAE-0013.0.284.000-11. O estudo atende as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. As pessoas idosas e o cuidador familiar foram convidados para participar deste estudo, sendo informados sobre os objetivos a que se propôs esta investigação. Para tanto, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCL). O presente estudo encontra-se na fase de coleta de dados. Até o momento, foram coletados todos os dados na ESF II e iniciou-se a pesquisa na ESF III, no mês de abril de 2012 com a identificação de 365 idosos através da Ficha A. Os resultados coletados na ESF II foram codificados de acordo com o Manual de Codificação dos Instrumentos, e posteriormente, digitados duplamente no banco de dados do Microsoft Excel 2010 e exportados para programa Statistical Package for Social Science (SPSS), para análise dos resultados e geração de tabelas e gráficos. Entretanto, os mesmos ainda não puderam ser analisados e por esse motivo no presente trabalho não será apresentada sua análise. Deste modo apresentaremos apenas a quantidade de idosos entrevistados até o mês de março de 2012. A ESF II é responsável pelas ações em saúde dos Bairros Barril, Fátima e Santo Antônio e atende uma população de 2839 pessoas. Após a conferência das Fichas A foi possível identificar 368 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Com o decorrer da realização das entrevistas foram localizados mais 24 idosos na área de abrangência. A amostra final das entrevistas realizadas na ESF II foi de 215 famílias apresentando uma ou mais pessoas idosas no domicílio e 266 idosos participantes, visto que houve uma perda significativa em decorrência de 8 óbitos, 66 idosos não localizados, 13 indivíduos com idade fora da faixa etária da pesquisa, 15 idosos excluídos após três tentativas de visita e 23 idosos que não aceitaram participar da pesquisa. O processo de envelhecimento populacional que vem ocorrendo tem impactos diretos na vida das famílias. Frente a isso, a ESF precisa se adequar às realidades da população de sua área de abrangência e realizar ações de promoção e recuperação da saúde com ênfase na pessoa idosa e sua família. A investigação acima mencionada é realizada junto à linha de pesquisa Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde do Grupo de Estudo e Pesquisa do Cuidado de Enfermagem e Promoção em Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campus de Frederico Westphalen. A pesquisa pretende contribuir para o aperfeiçoamento e adequação das atividades dos profissionais de saúde que prestam cuidados aos idosos e seus cuidadores, bem como oferecer subsídios aos acadêmicos de enfermagem dessa região que

atuarão nesses programas e espaços de cuidado. A partir desse estudo, os mesmos poderão realizar intervenções de enfermagem buscando uma melhor qualidade de vida, frente às necessidades dessa população do município.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Estratégia de Saúde da Família. Profissional Enfermeiro.

Referências

ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSIS, 2003, p. 149-178.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, mai./jun. 2003.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1115-1117, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun. 2003.

ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE

Katiane Fréu¹
Flávia Strapasson¹
Caroline Marangon Dourado²
Elis Regina Boita³
Dionara Simoni Volkswéis⁴
Thais da Luz Fontoura Pinheiro⁵

Amamentar é a forma mais benéfica de alimentar a criança nos seus primeiros meses de vida, sendo que a introdução precoce de alimentos está associada a um maior número de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória, maior risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes, dentre outros prejuízos à criança (BRASIL. Caderno de Atenção Básica nº 23, 2009). Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL. Caderno de Atenção Básica nº 23, 2009). Existem também os benefícios para a mãe, dentre alguns, verifica-se que há relação entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama, certos cânceres ovarianos e certas fraturas ósseas, especialmente coxofemoral, por osteoporose. Na mulher que amamenta ocorre a involução uterina mais rápida reduzindo o sangramento uterino pós-parto, devido a maior liberação de ocitocina, e também há o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente. (REA, 2004) Atualmente o aleitamento materno exclusivo é mais praticado quando comparado a algumas décadas atrás, porém ainda existe uma grande dificuldade de torná-lo ainda mais comum entre as mulheres em fase de lactação. Verifica-se que o sucesso do aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Segundo pesquisa realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, a duração mediana, em dias, do Aleitamento Materno Exclusivo segundo regiões do Brasil é de 34,92 para o Nordeste, 55,02 para o Sudeste, 59,34 para o Sul, 66,25 para o Norte e 66,6 para o Centro-Oeste. Sendo que o Brasil ficou com uma média de 54,11 dias (BRASIL, 2009). Ressalta-se como é importante o profissional da saúde entender quais as principais causas do desmame precoce, e através destas procurar uma solução eficiente. Logo, o presente trabalho tem por objetivo buscar, em artigos científicos, as principais causas para o desmame precoce, e analisar quais medidas o profissional deve diante de tais problemas. Como métodos da realização do trabalho, primeiramente, aprofundou-se o conhecimento sobre o aleitamento materno através de livros e sites confiáveis, e depois para a pesquisa utilizaram-se especificamente os seguintes sites: Ministério da Saúde, Scielo, Lilacs, PubMed, BVS e Google Acadêmico. Pesquisaram-se artigos publicados nos últimos 5 anos, não deixando de incluir as referências clássicas, e com as seguintes palavras-chaves: desmame precoce, aleitamento materno, determinantes do aleitamento materno, chupeta, mamadeira e idade materna. As causas do desmame precoce englobam um conjunto significativo de fatores, sendo que no presente trabalho serão apresentados os mais recorrentes.

¹ Acadêmicas do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Frederico Westphalen, RS. E-mail: katienefreu@hotmail.com.

² Nutricionista, Mestranda em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen.

³ Nutricionista, Mestre em educação. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Frederico Westphalen.

⁴ Nutricionista, Especialização em Saúde Pública (UNIJUÍ), Aluna Especial do mestrado em Envelhecimento Humano (UPF/RS), Nutricionista do PNAE/FW, professora e coordenadora do Curso de Graduação em Nutrição da URI (campus de Frederico Westphalen/RS).

⁵ Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen.

uma das causas é a idade materna e quantidade de filhos: A mãe jovem enfrenta muitas dificuldades para amamentar, tais como: um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras. Muitas adolescentes não possuem apoio das próprias mães ou outros familiares mais próximos, possuem problemas com a autoimagem, gerando desta forma um menor índice de aleitamento para este período (ARAÚJO et al., 2008). Em um estudo realizado no Centro de Pesquisa e atendimento Odontológico para Pacientes Especiais, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, foram analisados dois grupos de 40 mães, e observou-se que ao comparar a idade das mães, obteve-se uma diferença estatística significativa, sendo que as mães pertencentes ao grupo de desmame precoce possuíam idade inferior (média de 22,6 anos), as mães do grupo de aleitamento materno prolongado (média de 27,2 anos) (CARRASCOZA, COSTA JR., MORAES, 2005). Porém, em um estudo realizado em Campinas com 385 crianças menores de dois anos verificou-se que não houve diferença entre desmame precoce e idade materna, estado marital e trabalho materno, número de pessoas na família, renda, tipo de assistência e sexo da criança (VOLPINI, MOURA, 2005). Vieira et al. (2004), conclui em sua pesquisa que as mães múltiparas apresentaram maior chance de amamentar seus filhos, quando comparadas com as primíparas, e reforça a necessidade de um trabalho de educação com este último grupo. Esfahani e Fathizadeh (2011) realizaram um estudo com 291 mães, e concluíram que houve correlação significativa entre idade e tempo de aleitamento materno, porém o mesmo não demonstrou relação entre duração da amamentação e variáveis como número de crianças e duração do casamento, e também não demonstrou relação entre aleitamento materno exclusivo e nível educacional. Verifica-se que há muitas contradições nos estudos, alguns demonstram que a idade materna interfere na duração da amamentação, já outros demonstram o contrário, porém deve-se analisar toda uma situação que envolve a mãe jovem, ou seja, muitas delas nunca amamentaram, e também não receberam nenhuma orientação, além disso muitas não recebem apoio familiar e, principalmente do companheiro, todos estes fatores influenciam de forma negativa no sucesso do aleitamento. Outro fator de relevância é a situação econômica e grau de instrução dos pais: Segundo a pesquisa realizada por Escobar et al, 2002, em 599 crianças e seus responsáveis que procuraram o Pronto Socorro do Instituto da Criança, São Paulo, verificou-se que há dependência entre a maior escolaridade materna e maior duração do aleitamento materno. Neste mesmo estudo Escobar et al, 2002, demonstrou que a renda familiar não foi uma variável significativa para a duração do aleitamento materno, e que mães que trabalhavam fora mantiveram o aleitamento materno por mais tempo do que as que não trabalhavam. Vieira et al., 2004, demonstrou que a renda familiar interferiu, mas de modo não muito expressivo, na duração do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno, porém o nível de instrução da mãe não se relacionou de forma significativa. Faleiros, Trezza, Carandina, 2006, apontam um estudo realizado em São Paulo, num grupo de mulheres trabalhadoras formais, que foi verificado um índice de aleitamento exclusivo três vezes maior naquelas com mais de oito anos de escolaridade, comparativamente àquelas com menos de oito anos de escolaridade. Em outro estudo, Carrascoza et al. (2011) revela que em seu estudo houve um menor índice de aleitamento materno exclusivo em mulheres com um nível socioeconômico mais elevado, contradizendo vários outros estudos. Durante sua análise Carrascoza aponta que mulheres com nível socioeconômico mais elevado possuem, geralmente, um maior nível de instrução, logo maior conhecimento sobre aleitamento materno, porém possuem mais alternativas (poder aquisitivo) para a aquisição de produtos substitutos do aleitamento materno, como leites industrializados, chupetas e mamadeiras. E outra variável analisada, é a de que, mães com maior nível socioeconômico trabalham fora do lar, possuem uma atividade profissional intensa, conseqüentemente levando a um menor índice de aleitamento materno exclusivo. As crenças e culturas são outro grande fator: Em estudo realizado por Escobar et al. (2002), foram analisadas 599 crianças, sendo que das mães entrevistadas observou-se que 17,8% responderam que seu “leite era fraco” ou “não sustentava”, 14,7% responderam que “o leite secou” e 6,4% que

a criança “largou o peito”, assim totalizando 38,9% de motivos subjetivos. Em estudo realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre com 250 bebês, verificou-se que entre as crianças ainda amamentadas com um mês, a incidência de desmame precoce entre o segundo e o sexto mês foi de 22,4% para as crianças que não usavam chupeta, e de 50,8% para as usuárias de chupeta. Com relação ao aleitamento materno exclusivo, 73,1% das crianças que possuíam o hábito da chupeta deixaram de ser amamentadas exclusivamente até o final do segundo mês, enquanto que, para as crianças que não usuárias de chupeta, esse índice foi de 44,9% (SOARES, et al., 2003). Um outro estudo realizado em Itaúna – MG, com 246 mães, também demonstrou que o uso da chupeta pelo lactente foi negativamente associado com tempo de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno (CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2007). Em estudo Carrascoza et al. (2011) verificou que a chupeta foi uma forte aliada na interrupção do aleitamento materno exclusivo. E o mesmo também verificou que houve uma grande introdução de alimentos antes dos seis meses de vida para a criança, sendo o alimento de maior frequência o suco de frutas. E para grande espanto foi indicação do médico a utilização de alimentos complementares (81,5%). Com base neste estudo, conclui-se que há uma grande necessidade do conhecimento do profissional da saúde sobre o aleitamento materno para que, deste modo, ele possa auxiliar as mães e familiares, sendo extremamente necessária a intervenção, ainda durante a gestação, focada nos benefícios do aleitamento materno, dificuldades e mitos, soluções, e desvantagens do não uso do aleitamento materno, sendo esta ministrada por um profissional muito bem capacitado.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Criança. Desmame.

Referências

BRASIL. Ministério Da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: 2009. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/pesquisa.pdf>>. Acessado em: 10 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da Criança:** Nutrição Infantil. Aleitamento materno e Alimentação complementar. Cadernos de atenção básica – n. 23. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARRASCOZA, Karina Camillo; COSTA JÚNIOR, Áderson Luiz; MORAES, Antônio Bento Alves de. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de psicologia.** Campinas, v. 22. n. 4. p. 433-440, 2005.

CARRASCOZA, Karina Camilo et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 16. n. 10. p. 4139-4146, 2011.

ESFAHANI, Mitra Savabi; FATHIZADEH, Nahid. Continuous exclusive breastfeeding and some related factors in the selected hospitals of Isfahan. **Iranian Journal of Nursing Midwifery Research.** Isfahan, v. 16. n. 3. p. 207-211, 2011.

A IMPORTANCIA DA TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Caroline Rossetto¹
Greici K. Tolotti¹
Daniane da S. Krabbe¹
Jéssica Borges do Canto¹
Carla Argenta²
Debora Dalegrave³

A lavagem das mãos é, sem dúvida, a rotina mais simples, mais eficaz, e de maior importância na prevenção e controle da disseminação de infecções, devendo ser praticada por toda equipe, sempre ao iniciar e ao término de uma tarefa. Segundo Barreto et al. (2009), essa prática começou a ser utilizada no século XIX através de Ignaz Semmelweis, como medida de prevenção associadas aos cuidados de saúde, também Oliver Holmes implementou a prática de lavagem das mãos no controle de infecções cruzadas. Hoje se tem conhecimento que a higienização das mãos é um ato que se remete aos tempos históricos, que se baseava nos conhecimentos religiosos, assim a lavagem das mãos fazia parte de uma instituição divina de purificação, onde as pessoas se mantinham limpas para se apresentarem puras aos olhos dos deuses e não como uma forma de higienização. Isso também nos remete ao tempo de Florence Nightingale, sendo uma das precursoras dos princípios de higiene e controle do meio. Gradualmente a prática de lavagem das mãos foi sendo reconhecida como uma das medidas mais importantes para reduzir a transmissão dos microorganismos por contato, mas ao mesmo tempo percebemos que é insatisfatória a adesão dessa prática por parte dos profissionais da área da saúde, até os dias de hoje. Na perspectiva, do conhecimento de que higienização das mãos está estritamente ligada ao controle das infecções hospitalares, pelos profissionais atuarem como vetores, direta ou indiretamente, na transmissão de microorganismos patogênicos a todas as pessoas vulneráveis. Configurando-se a infecção hospitalar, como toda infecção adquirida após a admissão do cliente/paciente, que se manifestar após 72 horas da internação hospitalar, ou mesmo logo em seguida à alta da hospitalização. Nesse contexto lembra-se que a equipe de enfermagem por permanecer mais tempo em contato com paciente, torna-se uma peça fundamental na prevenção, detecção e controle das infecções. Dessa forma a lavagem das mãos é a arma mais econômica, a rotina mais simples, eficaz, e a mais importante, na prevenção e controle na disseminação das infecções, devendo ser praticada por toda a equipe de enfermagem, sendo realizada antes e depois de qualquer procedimento e ao término do turno trabalho, e por todos os demais profissionais que mantêm contato com o cliente/paciente. A prática de lavagem das mãos é de suma importância, não só pelo fato de reduzir custos relativos a infecções hospitalares, mas também reduzir o tempo de internação, e principalmente por ser um meio de evitar agravos à saúde dos clientes/pacientes. Por ser uma medida de controle de infecção, e por todos os benefícios que esta simples técnica traz, questionam-se os profissionais da área da saúde por não aderirem regularmente essa prática em sua rotina de trabalho. São vários os motivos alegados pelos profissionais, tais como: a desmotivação, a não visualização dos resultados imediatos desse ato, mas, todavia se reflete na situação da saúde futura do cliente/paciente, falta de recursos organizacionais como falta de materiais e espaço físico, e falta de tempo pela superlotação dos

¹ Acadêmicas do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

² Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

³ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva: Ênfase em Saúde da Família. Professora Supervisora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

serviços públicos de saúde, dificultam a realização constante da higienização das mãos. Nesse contexto, é importante mencionar que os profissionais da área da saúde, precisam se autossupervisionar, devido aos inúmeros procedimentos realizados, não deixando de lado este autocuidado para si e para com os pacientes. Por muitas vezes as mãos não apresentam sujidade aparente, e assim, a técnica de lavagem não é realizada corretamente, onde ainda encontram-se depósitos de microorganismos, como por exemplo, resíduos que permanecem sob as joias e nos espaços interdigitais. Inerentes à importância, que esta técnica apresenta, os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campus de Frederico Westphalen, tiveram uma aula expositiva conhecendo os princípios científicos e todos os diferentes passos a serem seguidos para uma correta lavagem das mãos, posteriormente os mesmos foram conduzidos ao laboratório de enfermagem. Nessa oportunidade, se fez uso da dinâmica denominada: Lavagem das mãos com tinta, a qual tinha por objetivo, demonstrar o quanto é importante realizar uma lavagem das mãos sem pressa, e seguindo os passos corretamente. Para esta prática, utilizou-se um tubo de tinta guache, a qual a professora derramava sobre as mãos dos acadêmicos uma pequena quantidade, orientando-os para que eles realizassem a técnica completa da lavagem, ficando visível a tinta distribuída sobre toda a superfície da mão, ou seja, todos os locais que a higienização se efetuou. Em seguida a professora avaliou essa técnica em cada acadêmico, demonstrando as falhas ocorridas, provocando um processo reflexão-aprendizado. Após este momento de reflexão, os acadêmicos foram novamente provocados, a realizarem a técnica, agora se utilizando de água e sabão, retirando a tinta. Ficando visível, que esse momento de atuação dos profissionais da área da saúde, deve ser feita corretamente, pois se não forem executados todos os passos, a eficácia da lavagem diminui e como consequência a probabilidade de se adquirir infecção aumenta. Após a realização da dinâmica os acadêmicos puderam perceber o quanto é importante efetuar a prática correta da lavagem das mãos, e que deve ser realizada com a devida atenção e cuidado para que toda a mão fique bem higienizada, pois através da tinta percebe-se como é fácil deixar alguma parte das mãos sem lavar corretamente. Assim com uma simples dinâmica, os acadêmicos obtiveram um aprendizado que lembrarão por toda sua vida profissional e também competência de aplicar na vida pessoal. Os profissionais da área da saúde sabem da importância da lavagem das mãos e seus benefícios, mas há uma dificuldade a ser vencida, que é a conscientização, pois entre o dever e o fazer se tem uma grande distância, nem permitir que esta técnica se perca no esquecimento ou que a motivação de realiza-la diminua. Frente a isso não devemos dar desculpas para não executá-la, ainda mais nós profissionais da enfermagem, que devemos dar o exemplo e saber orientar devidamente toda a nossa equipe para que essa tão importante técnica seja aderida.

Palavras-chave: Lavagem das mãos. Disseminação da Infecção Hospitalar. Educação em Enfermagem.

Referências

BARRETO, R. A. S. S.; ROCHA, L. O.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; SUZUKI, K.; BISINOTO, A. S. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11 n. 2 p. 334-40, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>>.

MUDANÇA NA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE MÓRBIDA SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Caroline Dourado¹

Elis Regina Boita²

Elizandra Boita Borges³

Thaís da Luz Fontoura Pinheiro⁴

Katiane Fréu⁵

O perfil de qualidade de vida da população sofreu mudanças negativas quando comparado ao crescente aumento na prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis como a obesidade, e a redução dos índices de doenças infecto-contagiosas associadas à desnutrição, fome, falta de saneamento básico e pobreza. Isto se deve à transição alimentar e nutricional ao longo dos anos em função de um padrão de vida mais urbano, industrializado e sedentário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A obesidade é uma doença multifatorial que não escolhe classe social, cor, raça ou etnia, simplesmente surge de uma série de combinações de maus hábitos alimentares, fatores genéticos, sociais e familiares. Está entre as doenças que mais causam mortes no Brasil, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna (GIGANTE, 2004). LEAL e BALDIN, 2007, lembram em seu estudo que a obesidade é muitas vezes associada a alterações psiquiátricas, e podem atingir uma prevalência de até 50% dos pacientes obesos mórbidos, estando também ligada a uma maior dificuldade de relacionamento interpessoal. Esta patologia tem sido, cada vez mais, motivo de preocupação devido as suas comorbidades de alto risco de mortalidade e reduzida qualidade de vida. Para deter a tendência ao sobrepeso, e a obesidade em relação à manutenção de um peso saudável, diversas iniciativas identificaram atividades e intervenções em cinco contextos-chave, que são eles: família e comunidades, escolas, assistência de saúde, mídia e comunicação e locais de trabalho. Lógico que a mudança de comportamento do indivíduo-alvo encontra-se no centro de todas as estratégias, porém é importante ter em mente que as ações destinadas a reduzir o sobrepeso e a obesidade irão fracassar sem uma abordagem multidimensional. Resumindo, com base nas características particulares do paciente, devem-se efetuar mudanças no estilo de vida, utilizar farmacoterapia, optar pela cirurgia ou recorrer a uma combinação dessas abordagens. (GIBNEY, 2007). A obesidade mórbida é uma doença grave, e seu impacto na sociedade e diminuição da expectativa de vida são razões para um tratamento capaz de amenizar seus riscos e doenças associadas. Neste caso, a cirurgia bariátrica tem demonstrado ser de grande importância na melhora da obesidade e suas consequências (WARDLE et al., 2008). Em pacientes com obesidade mórbida refratários à dieta e à farmacoterapia, obtém-se uma perda de peso considerável e sustentada após a cirurgia bariátrica (GIBNEY, 2007). Os principais motivos que levam na busca pela cirurgia bariátrica são os fatores estéticos, porque o indivíduo obeso sofre constante preconceito de que eles são mais frágeis e estigmatizados (LEAL; BALDIN, 2007). A cirurgia bariátrica deve ser considerada para

¹ Nutricionista (UNISINOS/RS), Especialização em Nutrição Clínica (CBES/RS), Mestranda em Gerontologia Biomédica (PUC/RS), Nutricionista da UFSM (campus de Frederico Westphalen/RS), professora do Curso de Graduação em Nutrição da URI (campus de Frederico Westphalen/RS), end.: Rua Guanabara, 127 – Bairro Aparecida – F.W./RS, dourado@fw.uri.br

² Nutricionista (UNIJUI/RS), Especialização em Saúde Pública (UNIJUI), mestranda em Educação – Docência Universitária (UTN), Nutricionista do HDP e Clínica Renal/FW, professora do Curso de Graduação em Nutrição da URI (campus de Frederico Westphalen/RS).

³ Nutricionista formada pela Faculdade Anhanguera de Anápolis

⁴ Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen.

⁵ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Frederico Westphalen.

pacientes com obesidade mórbida ($IMC > 40$ ou acima de $35Kg/m^2$), sendo que estes devem estar bem informados e motivados quanto ao procedimento cirúrgico, e também devem preencher critérios para a seleção, e não devem possuir riscos operatório inaceitáveis. Os candidatos aos procedimentos cirúrgicos devem ser selecionados de maneira cuidadosa e por uma equipe bem disciplinada, que inclui médicos, nutricionistas, cirurgiões e psiquiatras (GIBNEY, 2007). Em vista do exposto, este trabalho teve como objetivo investigar as mudanças nos exames bioquímicos que ocorrem com indivíduos no pós-operatório da cirurgia bariátrica, bem como a influência deste tipo de cirurgia na qualidade de vida. Este trabalho, trata-se de um estudo transversal, de natureza qualiquantitativa, realizado com 50 pacientes obesos, de ambos os sexos, de uma Clínica do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, onde faziam acompanhamento nutricional, e que se submeteram à cirurgia bariátrica entre 2006-2009. Foram coletados, das fichas destes pacientes, dados de exames bioquímicos realizados antes da cirurgia, e nos períodos de 0-4 meses a 5-9 meses após a cirurgia, além de dados como altura e peso antes da cirurgia e nos períodos anteriormente citados. Durante seleção das fichas foram excluídos do estudo indivíduos que não apresentavam nenhum resultado de exames bioquímicos antes da cirurgia e nos períodos de 0-4, e 5-9 meses depois da cirurgia. A revisão da literatura foi realizada através de pesquisas nas bases de dados do *Scielo*. Para a coleta de artigos foram utilizadas as seguintes palavras-chave: obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, qualidade de vida. Os artigos utilizados para revisão de literatura foram os encontrados com data de publicação a partir de 2004. Foram avaliados pacientes com mais de 4 meses de cirurgia, pois não foi possível identificar melhorias antes da recuperação cirúrgica, além do pouco tempo para apresentar melhora das comorbidades. No decorrer dos meses após a cirurgia, observou-se que houve decréscimo no número de indivíduos com obesidade em graus mais elevados, e, por consequência, reduziu significativamente o número de pacientes com alterações bioquímicas, observando-se melhora das comorbidades existentes. No grupo de mulheres, o índice de massa corporal (IMC) médio, após 0-4 meses, foi de $36,6kg/m^2$ (6,0DP); e após 5-9 meses $32,2kg/m^2$ (5,6DP). Já no grupo dos homens, $36kg/m^2$ (3,9DP) e $30,5kg/m^2$ (4,5DP) respectivamente. O IMC médio, antes da cirurgia, foi de $41,6kg/m^2$ (7,3DP) para as mulheres e de $41,9kg/m^2$ (5,5DP) para os homens. Sendo assim, verificou-se que após a cirurgia bariátrica, houve uma grande evolução, onde ocorreu uma grande queda do IMC, fazendo com que a maioria dos pacientes passasse de obesidade de grau III para a obesidade de grau I. Para esta avaliação seguiram-se os critérios de classificação da OMS (1995 – 1997). Na avaliação dos componentes bioquímicos foram realizados os exames de hemoglobina, heritrócitos, ferro, glicose, cálcio, albumina, triglicédeos, colesterol total, HDL e LDL, sendo que houve comparação entre os resultados antes da cirurgia e no período de nove meses depois, verificou-se que houve um aumento geral e significativo no percentual de valores que estavam dentro da referência. Observou-se e conclui-se, portanto, que houve decréscimo em ambos os grupos no número de indivíduos com obesidade em graus mais elevados no decorrer dos períodos avaliados. Notou-se no período de 5 a 9 meses o enquadramento de indivíduos nas faixas de sobrepeso e eutrofia. Avaliando-se os componentes bioquímicos, comparando os resultados antes da cirurgia e no período de nove meses após, observou-se que depois da perda de peso promovida pela cirurgia diminuiu-se significativamente o número de pacientes com alterações, observando-se possível melhora das comorbidades existentes nos dois grupos. Comprovou-se, a partir dos resultados, que a perda de peso nos indivíduos que fazem a cirurgia bariátrica possibilita atingir um melhor índice de massa corporal, reduzindo ou erradicando a presença de comorbidades associadas, que reflete diretamente em melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Obesidade. Cirurgia.

Referências

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/nutricao>. Acesso em: 10 jan. 2009.

LEAL, Cristiano W.; BALDIN Nelma. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Revista de psiquiatria**. Joinville, v. 3, n. 29, jul. 2007.

GIGANTE, D. et al. Consumo alimentar de familias de baixa renda no municipio de Piracicba/SP. **Saúde em revista: segurança alimentar e nutricional**, Sao Paulo, v. 6, n. 13, maio/ago., 2004.

GIBNEY, Michael J. **Nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WARDLE, J; CARNELL, S; HAWORTH, CM. Plomin Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. **Am J Clin Nutr**, v. 87, p. 398-404, 2008.

MULHERES NO CLIMATÉRIO: AVALIAÇÃO COGNITIVA E A RELAÇÃO COM A OBESIDADE

Caroline Marangon Dourado¹

Elis Regina Boita²

Hellen Paim Romera³

Adriano Bueno Tavares⁴

Thaís da Luz Fontoura Pinheiro⁵

Katiane Fréu⁶

O crescimento sem precedentes da população de idosos é uma realidade no mundo. Atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais. Em termos globais, em 2050, esta relação será de uma em cada 5 pessoas, sendo uma para cada três pessoas nos países desenvolvidos (BRASIL, 2001). Durante este processo de envelhecimento, é comum o surgimento de queixas relacionados a distúrbios da função cognitiva que podem ter múltiplas causas (PAPALEO NETTO, 2002). Múltiplas doenças de diferentes etiologias, atuando sobre o Sistema Nervoso Central podem provocar alterações na memória, no pensamento abstrato, no julgamento, na linguagem e na orientação. Essas alterações cognitivas podem vir a incapacitar o indivíduo, limitando-o ou impedindo-o a realizar atividades da vida diária e ao convívio social, podendo conduzi-lo a uma situação demencial (VENTURA; BOTTINO, 1996). Estudos têm mostrado, recentemente, que, em pessoas de meia idade, fatores vasculares e metabólicos relacionados à obesidade e adiposidade visceral podem causar sérios danos a certas regiões do cérebro, como a atrofia não são totalmente conhecidos. Permanece incerto se a maior tendência de ganho ponderal entre as mulheres climatéricas é decorrente somente do hipoestrogenismo progressivo que caracteriza essa fase ou se estaria relacionada também a fatores relacionados ao estilo de vida de cada mulher (LORENZI, 2005). O período pós-menopausa é uma fase do processo de envelhecimento da mulher que se inicia em torno dos cinquenta anos de idade em que ocorrem modificações hormonais e metabólicas decorrentes do processo de falência ovariana e que conduzem à interrupção da ovulação e da menstruação. Esta situação torna a mulher mais vulnerável a certas doenças. Neste sentido, evidências científicas têm demonstrado que a função cognitiva pode ser seriamente prejudicada por doenças favorecidas pelo sobrepeso e obesidade, tais como Diabetes Mellitus do tipo 2, Hipertensão arterial sistêmica e Síndrome Metabólica. Neste estudo, procurou-se avaliar a influência da obesidade na função cognitiva de mulheres pós-menopáusicas. Na metodologia foi realizado um estudo do tipo analítico-transversal, cuja execução consistiu primeiramente numa entrevista individual e, posteriormente, realizou-se a avaliação antropométrica e da função cognitiva. Sendo que o estudo contou com a colaboração de 301 mulheres pós-menopáusicas de 3 grupos de idosos de um município da região Sul do estado do Rio Grande do Sul com idade igual ou maior que 50 anos, que estavam na menopausa em no mínimo 5 anos e que preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas do estudo mulheres em terapia de reposição estrogênica, em uso de medicamentos que pudessem alterar a função cognitiva, e que já apresentassem alterações

¹ Nutricionista, Mestranda em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: dourado@uri.edu.br

² Nutricionista, Mestre em educação. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Frederico Westphalen.

³ Graduada em Educação Física (UFRGS), mestre em Gerontologia (Universidade Católica de Brasília).

⁴ Médico, pós-doutorado com especialidade em Genoma Funcional.

⁵ Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen.

⁶ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada – URI – Campus Frederico Westphalen.

cognitivas que impedissem a execução do protocolo de pesquisa. Para a realização da avaliação do estado nutricional foram verificadas medidas antropométricas como massa corporal, estatura, circunferência da cintura, circunferência do quadril, e, média de duas circunferências abdominais, utilizando-se procedimentos padronizados de acordo com o Anthropometric Standardization Reference Manual (GORDON, CHUMLEA, ROCHE, 1998). Já a função cognitiva foi avaliada utilizando-se o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) adaptado por Bruckci *et al.* (2003) para sua utilização no Brasil. Os escores gerais e específicos do MMSE das participantes foram avaliados conforme grupos classificados por: faixa etária, tempo de escolaridade, e medidas antropométricas para caracterizar a obesidade, tais como: IMC, %GC, CC, RCQ, e IC. O software SPSS versão 14.0 foi utilizado para realização de todas as análises (THOMAS; NELSON, 2002). Na avaliação dos resultados verificou-se que das 301 mulheres pós-menopáusicas houve variação de idade entre 50 e 87 anos, com idade média de 62,8+-0,5 anos. Tendo sido essa amostra de mulheres agrupadas em faixas etárias, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários, considerando seu desempenho no MMSE como um todo ($p=0,07$) ou em setores da avaliação do referido teste. Considerando-se os anos de estudo dessas mulheres, foi possível observar a existência de uma influência importante do nível de escolaridade sobre o desempenho dessas mulheres no MMSE, tanto no seu escore geral, quanto em diferentes partes deste teste. Neste sentido, observou-se que quanto maior é a escolaridade, aferida em anos de estudo, melhor se traduz o desempenho dessas mulheres no MMSE, sobretudo quando se considera o escore geral do teste. Particularizando-se o desempenho no MMSE, segundo o nível de escolaridade, identifica-se que mulheres com nível de escolaridade entre 0 e 3 anos de estudo apresentam um desempenho significativamente menor tanto no escore geral ($p=0,001$), quanto nos setores dos testes que se referem à linguagem ($p=0,001$), orientação ($p=0,001$), atenção e cálculo ($p=0,001$). Deve-se salientar que, muito embora o nível de escolaridade tenha influenciado o escore geral do MMSE e diferentes setores desse, o mesmo parece não influenciar no desempenho do teste quanto à memória, sobretudo a memória de evocação ($p=0,70$). Quando se analisou o desempenho no MMSE por essas mulheres segundo o IMC, não foi possível identificar diferenças entre os grupos em relação ao escore geral ($p=0,35$). Deve-se notar, contudo que, levando-se em conta os diferentes setores do teste, observou-se que mulheres que apresentavam IMC dentro da normalidade segundo a OMS, demonstravam um desempenho quanto à memória de evocação, avaliada pelo MMSE, melhor que mulheres classificadas como sobrepeso ($p=0,04$). Finalmente, considerando-se os resultados no MMSE, segundo o IC, verificou-se que as participantes deste estudo com uma forma corporal mais cilíndrica apresentavam um melhor desempenho quanto à memória de evocação ao se comparar mulheres que se aproximavam de um padrão corporal menos cilíndrico. Deste modo conclui-se que, as alterações cognitivas observadas nestas mulheres pós-menopausadas, para as quais se verificou uma associação com a obesidade, em especial a do tipo central, possam ser resultantes das alterações endócrinas ocasionadas com a obesidade, em especial a resistência insulínica, bem como de todas as repercussões dela decorrentes, tais como dislipidemia, elevação dos níveis circulantes de fatores inflamatórios, hipertensão arterial entre outros efeitos. Desta forma, vale ressaltar que este estudo traz informações que mostram que embora a obesidade não pareça ter influência sobre a função cognitiva global em mulheres com idade acima de 50 anos, ele mostra que em relação à memória, a obesidade central mostra acarretar prejuízos. Certamente, estudos futuros serão necessários para demonstrar ou confirmar de que forma esses prejuízos ocorrem.

Palavras-chave: Mulheres. Climatério. Obesidade.

Referências

BRASIL. **Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Pesquisa nacional de amostra de domicílio – PNAD. Brasília, IBGE, 2001.

GUSTAFSON, D. et al. A 24-year follow-up of body mass index and cerebral atrophy. **Neurology**, v. 63, n. 10, p. 1876-81, nov. 2004.

GORDON, C. C.; CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F. Stature, recumbent length, and weight. In: LOHMAN, T.G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. (Eds.). **Anthropometric standardization reference manual.** Champaign: Human Kinetics, 1998.

LORENZI, Dino Roberto Soares de et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 479-84, set. 2005.

VENTURA, M. M.; BOTTINO, C. M. C. **Avaliação cognitiva em pacientes idosos.** Gerontologia. São Paulo: Atheneu: 1996. p. 174-89.

GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTOS DE UM MESMO PROCESSO

Eder Toigo¹
Diego Rodrigo Weschenfelder²
Adrieli Pivetta³
Débora Weschenfelder Magrini⁴
Jaqueline Marafon Pinheiro⁵

Este artigo objetivou o estudo de como se dá o gerenciamento de enfermagem acoplado à assistência de enfermagem. Ao encontro disso, deve-se aceitar a ideia de construir espaços para uma gestão compartilhada que atenda às expectativas humanas em relação ao cuidado, ajudando na transformação da realidade, promovendo a profissão que se deseja e oferecendo à sociedade os benefícios desta mudança. (JORGE et al., 2007) Frente ao embasamento apresentado, e a evidente necessidade da cumplicidade entre gerenciar e cuidar, surgem vários desafios a serem enfrentados para sua efetivação. Para tanto, é necessária uma mudança profunda, a conquista da efetiva transformação de modelos gerenciais e, conseqüentemente, uma assistência mais humanística e de qualidade. A Enfermagem convive com a difícil tarefa de acoplar o gerenciamento com a assistência desde sua origem, quando a profissão apresentava suas profissionais divididas em *nurses*, as responsáveis pelos procedimentos técnicos e contato direto com os pacientes, e *lady nurses*, que apenas gerenciavam o local e as pessoas envolvidas no processo de cuidar. Logo, a dimensão prática das técnicas e a dimensão prática do saber administrativo resultaram na divisão do trabalho na Enfermagem: alguns agentes administrando e outros executando. (ALMEIDA, ROCHA, 1997) A enfermagem é uma profissão que apresenta várias categorias de profissionais, onde cada uma possui funções específicas delegadas por lei, cabendo ao enfermeiro as funções burocráticas nas quais se destaca o papel de gerenciar. Reforçando a linha de raciocínio, o trabalho de enfermagem e da saúde, desenvolvido pela equipe, inclusive pelo enfermeiro responsável pela gerência, deve ser visto como um todo. Contudo, no início do século passado, a Enfermagem brasileira passou a sofrer grande influência das teorias administrativas de Taylor e Fayol. O trabalho passou a ser coletivo, porém com as tarefas divididas entre os profissionais, sem que ocorresse a coparticipação e o entendimento desse processo de forma integralizada (FORMIGA, GERMANO, 2005). Os reflexos dessas influências permanecem ativas até hoje dentro das classes profissionais da enfermagem, dificultando a conquista do trabalho humanizado e prestação de serviço holístico ao cliente que deve ser o foco principal da equipe de Enfermagem. Na Enfermagem faz-se o uso do gerenciamento na busca de eficazes modelos administrativos, procurando, não perder seu foco principal: o cuidado. Contudo, o gerenciamento de Enfermagem encontrado na prática, apresenta-se ainda distante do esperado, (JORGE et al 2007), tendo em vista que em muitos casos a gerência possui carências quanto ao conhecimento administrativo e principalmente quanto a elementos que norteiam a tomada de decisões. (MARCON, 2004) O sucesso administrativo, indiscutivelmente é indispensável e reflete diretamente na qualidade da assistência prestada,

¹ Acadêmico do V Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: toigoeder@yahoo.com.br.

² Acadêmico do IX Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: diegorwe@yahoo.com.br.

³ Enfermeira Especialista, pós-graduanda em Docência no Ensino Superior. E-mail: adri_pivetta@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva, Saúde da Família e Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS. Membro do Grupo de Pesquisa EDEN. E-mail de we@ibest.com.br.

⁵ Enfermeira Supervisora Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

porém, não é o suficiente, e não se completa por si só. Os modelos tradicionais de gerenciamento, aqui definidos como ações de uma organização ou grupo de pessoas que buscam uma direção, não atendem mais às expectativas dos atuais gerentes, no entanto, desvencilhar-se dessas propostas para abraçar modelos mais modernos torna-se um grande desafio (JORGE et al., 2007), que necessita de muita dedicação e persistência de toda equipe para poder superar mais esse desafio. Nesse sentido para superar os aparatos históricos que nos apresentam a administração e o cuidado como determinantes isolados no processo de cuidar sugere um árduo trabalho de adaptação aos profissionais, considerando que juntamente com a história há várias contribuições sociais que acabam influenciando na solidificação deste pensamento. O desempenho de funções exclusivamente burocráticas pela maioria dos enfermeiros gerentes de instituições de saúde tem sido a causa de muita polêmica na profissão (JORGE et al. 2007), sendo que o enfermeiro é fundamental para completar a tão importante ligação entre a equipe de enfermagem e as coordenações superiores do serviço de saúde. Na busca de superar e modificar esta percepção do enfermeiro gerenciador, vários autores passaram a descrever e discutir o papel do enfermeiro quanto prestador de serviço de saúde. Em comum, vários relatam dificuldade em unir gerenciamento com prestação de cuidado de forma que um venha a ser complemento do outro, vistos como instrumentos de um mesmo processo. O profissional Enfermeiro vem deparando-se com um mercado de trabalho que exige além da boa prática assistencial, o acoplamento das teorias de administração ao exercício do cuidado, entretanto, se não foi oportunizado ao profissional uma formação crítico-reflexiva sobre a visão do processo com um todo, isso pode não ocorrer de maneira satisfatória, refletindo, inerentemente, na qualidade do serviço prestado. Afirmando esta ideia, autores relatam a dificuldade de unir as tarefas administrativas com o cuidado direto ao cliente, gerando assim, frustração e sofrimento no exercício de suas funções. (BECCARIA, FÁVERO, 2000) O fato é que as ações burocráticas muitas vezes distanciam o profissional das técnicas assistenciais, desviando-o das tarefas essenciais da profissão. A consequência desta divergência é o cliente visto em segundo plano. O que se justifica quando o enfermeiro se depara com uma instituição, marcada por relações formais, políticas e verticalizadas, onde aquilo que ele aprendeu em sua formação profissional nem sempre pode ser tirada do papel, as funções dentro das instituições muitas vezes são acumuladas, não existe distribuição de tarefas e muito menos divisão de tarefas por competência. Atualmente, com o aperfeiçoamento em todas as áreas profissionais, o mercado de trabalho acaba exigindo do enfermeiro algo a mais, um diferencial. E é neste momento que pode ocorrer o entrelaçamento do cuidar e do gerenciar em enfermagem. O enfermeiro que cuida, também pode ser o enfermeiro que gerencia, assim, como também é possível, o enfermeiro que gerencia uma unidade prestar o cuidado assistencial a seus clientes. Ao encontro disso, deve-se aceitar a ideia de construir espaços para uma gestão compartilhada e não vertical pois ela atende às expectativas humanas em relação ao cuidado, ajudando na transformação da realidade, promovendo a profissão que se deseja e oferecendo à sociedade os benefícios desta mudança. (JORGE et al., 2007) Frente ao embasamento apresentado, e à evidente necessidade da cumplicidade entre gerenciar e cuidar, surgem vários desafios a serem enfrentados para sua efetivação. Para tanto, é necessária uma mudança profunda, a conquista da efetiva transformação de modelos gerenciais e, conseqüentemente, uma assistência mais humanística e de qualidade. (ERMEL, FRACOLLI, 2003).

Palavras-chave: Gerenciamento. Assistência. Enfermagem.

Referências

ALMEIDA, M. C. P, ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo, SP: Cortez, 1997.

BECCARIA, L. M., FÁVERO, N. Expectativas de gerentes e assessores de enfermagem quanto ao estilo gerencial do diretor executivo de um hospital de ensino. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 83-90, abr. 2000.

ERMEL, R. C, FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 37, p.89-96, 2003.

FORMIGA, J. M. M, GERMANO, R. M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 222-226, mar./abr. 2005.

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 81-86, jan./fev. 2007.

MARCON, P. M. **Proposta de um instrumento de auto-análise crítica para o Processo de Trabalho Gerencial da Enfermagem Fundamentado nos princípios da Bioética**. 2004. 67f. Monografia (Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

A PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Diego Rodrigo Weschenfelder¹
Jaqueline Marafon Pinheiro²
Carla Argenta³

Introdução: O número de brasileiros idosos vem aumentando de forma rápida ressaltando que, entre 1950 e 2025 a população total no país crescerá cinco vezes, sendo que a população de idosos crescerá 16 vezes, o que fará com que o Brasil torne-se o 6º país na quantidade da população de idosos do mundo. A população em geral está vivendo mais, e a proporção de idosos vem aumentando gradativamente, e as crianças têm nascido menos comparando com décadas anteriores. Objetivo: Discorrer acerca das quedas em idosos e as ações de enfermagem na prevenção destas. Resultados: O mundo passa por uma mudança demográfica muito rápida, irreversível e de profundas transformações sociais (KALACHE, 2007). Existem dois tipos de envelhecimento: o individual e o populacional. O envelhecimento individual é o processo que acontece para cada pessoa e o envelhecimento populacional é o que se dá a partir da proporção idosa sobre a população total (MOREIRA, 1997). A longevidade é considerada uma conquista, mas é preciso preparar a população para um envelhecimento ativo bem sucedido, no mundo inteiro, o fato mais marcante para as sociedades é o processo de envelhecimento populacional, definido como a mudança na estrutura etária da população (BRASIL, 2011). Dentre as diversas funções afetadas com o avanço da idade destaca-se a função muscular prejudicada, que quando diminuída afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos e acaba por dificultar a realização de atividades cotidianas, tornando o idoso muitas vezes dependente. Assim a longevidade deixa o ser humano mais vulnerável a adquirir patologias crônico-degenerativas, trazendo a dependência funcional que pode comprometer vários órgãos, podendo afetar padrões de postura e equilíbrio, potencializando as quedas. Desta forma, destaca-se que as necessidades de se estabelecer estratégias para a redução do número de quedas, principalmente em idosos, merecem uma maior atenção, visto que o número de pessoas idosas tende a aumentar cada vez mais. Para a população em geral e para os profissionais da área da saúde é animador saber que os idosos saudáveis caem menos que aqueles com alguma patologia instalada, assim uma de nossas metas deve ser identificar e prevenir os fatores de riscos para a redução do número de quedas. A maioria dos fatores ligados à queda é interdependente e a combinação destes é mais importante do que cada um analisado separadamente. (BORGES, COIMBRA, 2010). Podemos classificar os fatores contribuintes para as quedas em dois tipos: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles relacionados ao indivíduo e são responsáveis por cerca de 70% das quedas devido à instabilidade postural. Já os fatores extrínsecos, responsáveis por 30% da ocorrência de queda, são aqueles relacionados ao ambiente que cerca o indivíduo. (BORGES E COIMBRA, 2010). As alterações de mobilidade trazem um risco maior de morte e dependência comparando com indivíduos da mesma faixa etária que conseguiram manter a mobilidade, já os sedentários têm sete vezes mais risco de perder a independência. Além das alterações de mobilidade destaca-se a diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares, da propriocepção, aumento do tempo de reação, hipotensão postural, degeneração articular, diminuição da massa muscular, sedentarismo, deformidades dos pés, perda da massa muscular, aumento de colágeno

¹ Acadêmico do IX Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: diegorwe@yahoo.com.br.

² Enfermeira Supervisora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

³ Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br.

muscular e perda das fibras nervosas de condução rápida como as principais alterações ligadas à idade que deixam o idoso predisposto a quedas. (BORGES, COIMBRA, 2010). Ainda acerca dos fatores preditivos para quedas ressalta-se a associação entre o uso de psicoativos o que contribui para o idoso ter uma marcha senil que também é derivada das alterações do envelhecimento, dentre elas: base alargada, diminuição do balanço dos braços, postura encurvada, flexão de quadril e joelhos, dificuldade para retornar, passos curtos e lentidão. A maioria dos pacientes com risco aumentado de queda apresentam características como sendo do sexo feminino, 80 anos de idade ou mais, equilíbrio diminuído, marcha lentificada com passos curtos, pouca aptidão física, fraqueza muscular de membros inferiores, déficit cognitivo, doença de Parkinson e uso de sedativos e uso excessivo de medicamentos. Em estudo realizado na Nova Zelândia os autores encontraram forte relação entre pessoas adultas que sofrem de depressão e tomam medicamentos para tratamento da doença com aumento nas chances de virem a sofrer uma queda. (HARTIKAINEN, 2007). Os números de quedas que acontecem em casa representam mais de 70% dos casos, sendo mais comum a queda no quarto, cozinha, banheiro, sala de jantar, já as quedas em escadarias, são responsáveis por 10% das quedas, com maior frequência na descida, sendo o primeiro e o último degrau os mais perigosos. (BORGES, COIMBRA, 2010). A avaliação ambiental domiciliar tem grande validade para eliminar os riscos ambientais para quedas, já que estas são responsáveis por 85% das fraturas. A fratura é a principal consequência da queda no idoso e isso agrava-se com a associação de osteoporose. É importante preparar os idosos para os riscos do meio ambiente para com isso, prevenir quedas, fraturas e possíveis hospitalizações e morte. A prevenção primária não tem se demonstrado uma maneira efetiva de prevenção de quedas, seu objetivo é apenas impedir a queda. Já as medidas de prevenção secundárias, onde se trabalha fazendo com que as consequências da queda não sejam tão ruins para o idoso são mais eficientes e dessa maneira existe a necessidade de um rastreamento dos idosos mais propensos a quedas. (BORGES, COIMBRA, 2008). O exercício físico regular pode ser efetivo na prevenção, até mesmo para redução das perdas funcionais ligadas ao envelhecimento. Inserir o idoso nos programas de atividade física para que haja um fortalecimento muscular e ósseo, resultando em maior agilidade e equilíbrio os quais contribuem na prevenção de quedas. Estudo realizado por Costa et al. (2010) com idosas demonstrou a presença de vários diagnósticos de enfermagem na atenção básica de saúde. O destaque foi dado para o risco de quedas, onde os fatores principais desencadeantes foram: idade acima de 65 anos, utilização de artefatos de auxílio para caminhar (bengalas), dificuldades visuais, auditivas, locomoção, mobilidade, equilíbrio e a dificuldade na marcha para os maiores de 80 anos. O Enfermeiro, como profissional atuante nas ações de saúde voltadas ao idoso, pode trabalhar nesta perspectiva visando prevenir quedas e diminuir o número de internações de idosos por esta causa.

Palavras-chave: Idoso. Queda. Prevenção.

Referências

BRASIL. **Plano prevê ações para um envelhecimento ativo.** Brasília; Ministério da Saúde, 2011.

BORGES, Ana P. A; COIMBRA, Angela M. C. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

COSTA, Alice G. D. S; CAVALCANTE, Tahissa F.; OLIVEIRA, Ana R. D. S.; ARAÚJO, Thelma L. D.; MOREIRA, Rafaella P. **Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico.** Fortaleza, 2010.

HARTIKAINEN S, Lönnroos E.; LOUHIVUORI, K. Medication as a risk for falls: critical systematic review. **J Gerontol a Biol Sci Med Sci.**, v. 62, n. 10, p. 1172-81, 2007.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira.** Tese (Doutorado)-CEDEPLAR, UFMG, Belo Horizonte, 1997.

KALACHE, Alexandre. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: Demandas e desafios contemporâneos. Pós-fácio. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007.

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Diego Rodrigo Weschenfelder¹

Adrieli Pivetta²

Débora Weschenfelder Magrini³

Jaqueline Marafon Pinheiro⁴

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil (MAGRINI, 2012). Para considerarmos a pressão arterial normal, a pressão arterial sistólica deve estar <120mmHg e diastólica <80mmHg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139mmHg e diastólicos entre 85-89mmHg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica <130mmHg e diastólica <85mmHg, quando encontrados valores pressóricos para pressão arterial sistólica acima de 140mmHg e diastólica acima 90mmHg, consideramos hipertensão arterial sistêmica (PIERIN et al., 2012). A hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, é considerada o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (MALACHIAS, 2010). A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial, está associada, frequentemente, a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais. (MAGRINI, 2012; PIERIN et al. 2012; MALACHIAS, 2010). Um aspecto que merece atenção é o perfil da população brasileira que está se modificando em relação ao estilo de vida, como hábitos alimentares, aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população, adicionado, ainda, à baixa adesão à realização de atividade física, o que contribui para o delineamento desse quadro. FAUCI *et al* (2008). A obesidade e o ganho de peso são fortes e independentes fatores de risco para a hipertensão, estima-se que 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Observa-se uma prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação à ingestão de NaCl e ingestões dietéticas baixas de cálcio e potássio o que pode contribuir para o risco da hipertensão. Em relação aos fatores ambientais como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e níveis baixos de atividade física também podem contribuir para a hipertensão. (FAUCI, 2008) A Hipertensão Arterial também é chamada de assassina silenciosa, porque muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma da doença, e o diagnóstico somente é feito depois da associação com os agravos como infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doença renal crônica, vasculopatias periféricas (MAGRINI, 2012). O programa HIPERDIA, criado em 2002 pelo Ministério da Saúde é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de toda a população atingida por esta doença atendida na Rede de Atenção Básica com o intuito de se fazer um levantamento dessa problemática que é a Hipertensão arterial e através disso planejar ações para a

¹ Acadêmico do IX Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campos Frederico Westphalen – RS. E-mail: diegorwe@yahoo.com.br.

² Enfermeira Especialista, pós-graduanda em Docência no Ensino Superior. E-mail: adri_pivetta@hotmail.com.

³ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva, Saúde da Família e Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS. Membro do Grupo de Pesquisa EDEN. E-mail de we@ibest.com.br.

⁴ Enfermeira Supervisora Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

redução dessa problemática. Diante do exposto, esse estudo buscou evidenciar os principais fatores de risco para a HAS, divulgados em trabalhos científicos, sempre relacionando a Hipertensão Arterial na Estratégia Saúde da Família. Este estudo é resultado de uma revisão narrativa de literatura dirigida para estudos brasileiros que contemplam a relação entre a hipertensão arterial e seus fatores de risco. Para a coleta de dados, utilizaram-se os descritores, hipertensão, fatores de risco e educação em saúde, tendo como critérios de inclusão: artigos científicos publicados nos últimos cinco anos, com acesso aos textos completos. Após selecionar os artigos, procurou-se fazer uma abordagem crítica, identificando quais os principais fatores de risco relatados que podem ser modificáveis através de atividades educativas por intervenções da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, em atendimentos individuais e coletivos. Encontramos como fatores de risco modificáveis pela intervenção dos profissionais da ESF a idade, fatores genéticos, gênero e etnia, fatores socioeconômicos, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, tabagismo e hábitos alimentares (MAGRINI, 2012). A Estratégia Saúde da Família caracteriza-se como um modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A promoção da saúde é entendida como um processo de capacitação de comunidade para promover a sua melhoria na qualidade de vida e saúde, incluindo a sua participação neste processo (MAGRINI, 2012). Muitos desses fatores de risco para a hipertensão arterial podem ser modificáveis através de recomendações para a mudança do estilo de vida, tanto para a prevenção como para o controle da hipertensão arterial. A modificação de estilos de vida afeta de forma favorável a população, podendo tanto prevenir o risco de desenvolver como contribuir para o tratamento da hipertensão arterial. Por isso a necessidade de uma atenção especial a cada fator de risco modificável, como, o controle do peso e obesidade. A educação em saúde na Atenção Básica, em especial na Estratégia Saúde da Família, consiste num dos principais e mais importantes elementos de promoção da saúde, porque além de os profissionais conhecerem os fatores de risco para diversas doenças, aqui citando a Hipertensão arterial, conhecem quais são os hábitos de vida daquela população, ficando mais fácil de implementar uma intervenção positiva. (MAGRINI, 2012). As atividades educativas voltadas para a população devem ter por objetivo prevenir a hipertensão arterial, já para aqueles que têm a hipertensão arterial instalada as atividades devem ser voltadas para a redução dos níveis de pressão arterial, controle de outros fatores de risco cardiovasculares e a redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos. As estratégias recomendadas devem ser voltadas para a cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool, redução do peso entre aqueles com sobrepeso, implementação de atividades físicas, redução do consumo de sal, aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, estímulo ao auto cuidado e promoção a uma vida saudável. (MAGRINI, 2012). Para que essa estratégia de educação seja possível é importante que os usuários de saúde juntamente com a equipe multiprofissional elaborem um plano de intervenção e cuidados conjuntamente, o que faz com que os usuários entendam a importância da mudança de hábitos para que se diminua a frequência de vários agravos, assim como a hipertensão arterial, para que os mesmos tenham uma melhoria da qualidade de vida e garantia de um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família.

Referências

MAGRINI, Débora W., MARTINI, Jussara G. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Revista eletrônica enfermagem global**, v. 11, n. 26. p. 344-353, 2012.

PIERIN, Angela M.G. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro: v. 17, n. 1, p. 11-17, 2010.

MALACHIAS, Marcus V. B. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro: v. 17, n. 1, p. 2-3, 2010.

FAUCI, Anthony S, et al. **Harrison Medicina Interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008, p. 1549-1562, v. 2.

JARDIM, Paulo C. B. V. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

RELAÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS COM A ALIMENTAÇÃO NA TERCEIRA IDADE

Jéssica Cristina de Cezaro¹
Andressa Lanza¹
Rejane Orlando²
Thaís da Luz Fontoura Pinheiro³
Caroline Marangon Dourado⁴
Dionara Simoni Hermes Wolkweis⁴

O estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, o que pode ser explicado pelo alto consumo alimentar de calorias provenientes de gorduras, principalmente de origem animal, açúcar e alimentos refinados, em detrimento de outros nutrientes de baixa densidade energética como frutas e verduras, bem como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos. A mudança no consumo alimentar, além de contribuir para o excesso de peso corporal e o aumento expressivo da obesidade, constitui um dos fatores mais importantes para explicar o aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de grande morbi-mortalidade. As DCNT são responsáveis por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, podendo alcançar a cifra de 73% de todos os óbitos em 2020. Na maioria dos países em desenvolvimento, doenças como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças cardiovasculares e câncer, principalmente, vêm se constituindo como risco para a saúde dos idosos. A alimentação e nutrição exercem papel primordial na prevenção e recuperação de doenças, manutenção e promoção da saúde, cuja importância é demonstrada pela relação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de DCNT, comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção. Com base nisso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da alimentação e sua relação com as DCNT, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia de um grupo de idosos de um município do norte do estado do Rio Grande do Sul (RS), no mês de março de 2010, tendo a mesma aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim, sob o número 134/TCH/09. A amostra foi constituída por 41 pessoas com idade entre 60 e 85 anos, de ambos os sexos, que frequentavam as reuniões de um grupo de idosos. A avaliação da alimentação e suas relações com as DCNT ocorreram via aplicação de um questionário com perguntas fechadas sobre sexo, patologia apresentada, ocorrência familiar e frequência de consumo alimentar de alguns alimentos. O instrumento foi respondido através de uma entrevista individual, sendo realizada em parte, no local dos encontros do grupo e em residências de alguns participantes. Com base nos dados obtidos, observou-se que o grupo de idosos era formado basicamente pelo sexo feminino 92% (n = 38), e faixa etária entre 60 a 85 anos. Verificou-se que a relação da hereditariedade é bastante relevante para HAS. Dentre os entrevistados, 73% (n = 40) dos familiares possuem ou possuíam esta patologia, sendo que a incidência em irmãos foi de 61% (n = 17), mãe 39% (n = 11) e pai com 32% (n = 9). Com relação à presença de patologias, verificou-se que 39% (n = 15) das pessoas entrevistadas apresentavam HAS como única

¹ Acadêmicas do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI- FW. jeh_cc@hotmail.com.

² Nutricionista, Graduada pelo Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI.

³ Nutricionista, Mestranda em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI- FW.

⁴ Nutricionista, Pós-Graduada em Saúde Pública (UNIJUÍ/RS), mestranda em Envelhecimento Humano (UPF/RS), coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI- FW.

patologia, 26% (n= 10) HAS e CT e 20% (apenas n = 8) apresentavam CT alterado. Em relação ao DM 5% (n = 2) dos entrevistados apresentam esta DCNT como única, 8% (n = 3) apresentaram DM e HAS, e nenhuma possuía DM e CT alterado associados. Um total de 74% (n = 28) dos idosos avaliados possuía HAS associada ou não a outras DCNT. A redução no consumo de sal requer grande restrição do consumo de alimentos processados com alta quantidade de sódio. O questionário de frequência de consumo alimentar utilizado foi subdividido conforme as classes da pirâmide de consumo de alimentos, para assim avaliar a qualidade da alimentação do grupo estudado. Em relação ao grupo dos doces, verificou-se que 66 % (n = 25) dos idosos consomem diariamente açúcar, não sendo muito usado o adoçante. Um percentual de 61 (n = 23) dos entrevistados respondeu que consomem diariamente a semanalmente refrigerantes, considerado um dado alarmante, tendo em vista que a população, especialmente os portadores de DM devem ter maiores cuidados com esses tipos de alimentos por apresentarem grande quantidade de sacarose. Os carboidratos são a principal fonte de energia para o organismo. A maioria dos participantes da pesquisa 74% (n = 28) prefere o pão branco ao invés do integral. A preferência pela bolacha doce foi de 68% (n = 26), enquanto a bolacha salgada era consumida diariamente ou semanalmente por 50% (n = 19) dos idosos. O arroz integral que é rico em fibras, nunca é consumido por 74% dos entrevistados. No presente estudo verificou-se que o consumo de leite integral e queijos amarelos foram superiores ao de leite desnatado e queijos brancos, pois 63% (n = 24) e 87% (n = 33) dos entrevistados relataram que nunca os consomem, respectivamente. Quando questionados, os idosos responderam que não consomem tais alimentos por não terem hábito, optando assim por produtos com maiores teores de gorduras. Em relação à classe das proteínas, observou-se que 68% (n = 26) consomem feijão de uma a duas vezes por semana. O consumo de diferentes tipos de carnes apresentou um alto índice pelos entrevistados. Já o peixe com seu riquíssimo Omega-3 é quase que esquecido pela população, lembrando que na região em estudo é de difícil acesso a este tipo de alimento, sendo este consumido por 37% (n = 14) dos entrevistados poucas vezes por ano. Os alimentos de origem animal são nutritivos, desde que consumidos com moderação. O consumo moderado é recomendado devido ao alto teor de gorduras saturadas nesses alimentos, que aumentam o risco de desenvolvimento da obesidade, doenças cardíacas e outras patologias. Os produtos com elevados teores de sódio como embutidos, são consumidos diariamente por 34% (n = 13) dos idosos e semanalmente por 50% (n = 19) dos entrevistados. Um ponto positivo avaliado foi o consumo de verduras, vegetais e frutas, sendo relatado como ingeridos diariamente ou semanalmente, respectivamente por 97% (n =37); 89% (n = 34) e 100% (n =38) dos entrevistados, porém não se sabe em que proporção é consumido. A frequência de consumo alimentar do grupo dos lipídios também foi avaliada e demonstrou ser um ponto bastante preocupante para a população estudada. Observou-se elevado consumo de gordura de origem animal, no caso, banha de porco, consumida diariamente ou semanalmente por 84% (n = 32) dos idosos. Na pesquisa, 71% (n = 27) dos entrevistados nunca consomem ou nunca consumiram azeite de oliva. Já o consumo de frituras não é tão elevado em pessoas que possuem problemas de colesterol, mas seu consumo em geral é de 34% (n = 13) semanalmente e 50% (n = 19) mensalente. Outra questão é o consumo de margarinas com sal, que apresentou grande incidência para a população com alta prevalência de HAS. Nenhum entrevistado relatou utilizar adição de sal na comida pronta. As gorduras são fontes de energia para o organismo e todos os seres humanos precisam dessas fontes. O importante é saber distinguir aquelas que são mais saudáveis e essenciais ao bom funcionamento do organismo daquelas que devem ser evitadas por prejudicar a saúde e consumi-las dentro das faixas recomendadas para a boa nutrição. O consumo excessivo de alimentos com alto teor de lipídios está associado ao crescimento e ao risco de incidência de varias doenças. Com base neste estudo, verificou-se a necessidade de se enfatizar a importância do equilíbrio e moderações no consumo de certos alimentos, principalmente os de alto risco para as DCNT que acometem grande parte da população idosa.

Palavras-chave: Idosos. Doenças crônicas não transmissíveis. Alimentação.

Referências

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, RJ, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população Brasileira**. Brasília: DF, 2006
Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/guia_alimentar_conteudo.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2010.

CÂNDIDO, L. M. B.; CAMPOS, A. M. **Alimentos para fins especiais: dietéticos**. São Paulo: Ed. Varela. 1995. 123p.

CERVATO, A. M.; DERNTIL, A. M.; LATORE, M. R. D. O. The malnutrition education for adults the elderly: an experience in Open University for the third age. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-51, 2005.

GOTTLIR, M. G. V.; CARVALHO, D.; SCHNEIDER, R. H.; DA CRUZ, I. B. M. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007.

CUSTO DOS CARDÁPIOS OFERTADOS PARA OS ALUNOS DA EDUCAÇÃO INFANTIL

Jéssica Cristina de Cezaro¹
Andressa Lanza¹
Thaís da Luz Fontoura Pinheiro²
Caroline Marangon Dourado³
Dionara Simoni Hermes Wolkveis⁴

A assistência alimentar em escolas é uma das atividades sociais mais eficientes para combater a subnutrição da criança, melhorar sua saúde e desenvolvimento, bem como promover a sua educação, o que justifica a existência de programas de alimentação escolar. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) visa à transferência de recursos financeiros destinados a suprir, parcialmente, as necessidades nutricionais dos alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas e filantrópicas. Tem como objetivo atender as necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência em sala de aula, contribuindo para o crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e rendimento escolar dos estudantes, bem como promover a formação de hábitos alimentares saudáveis. Os hábitos alimentares adquiridos na infância tendem a se solidificar na vida adulta e, por isso, é importante estimular a formação de hábitos saudáveis o mais precocemente possível. Nesse contexto, a família e a escola exercem papel de modelo para a formação do hábito alimentar da criança. Desse modo, o cardápio deve ser planejado visando à promoção de hábitos alimentares saudáveis e a adequação da ingestão dietética deve pautar-se na classificação da faixa etária dos escolares, para assim poder evitar a carência ou excesso do consumo de energia e nutrientes, atuando na prevenção de doenças. A análise nutricional da alimentação oferecida nas escolas é um importante instrumento avaliativo da qualidade e quantidade dos alimentos fornecidos às crianças. Ela permite analisar, nesse contexto, se é possível oferecer um cardápio saudável apenas com os recursos enviados pelo Estado e, se há a oferta adequada de energia e macronutrientes, conforme os valores de referência estabelecidos pelo PNAE. O estudo aqui apresentado objetivou avaliar o custo do cardápio da alimentação escolar de uma semana de escolas de educação infantil (creches) da rede municipal de ensino de Frederico Westphalen, RS, comparando os dados obtidos com os valores preconizados pelo PNAE. Foram analisados cinco cardápios da alimentação escolar oferecida aos alunos matriculados em escolas de educação infantil municipal, dos dias de segunda a sexta-feira de uma semana do mês de março do referido ano. As informações referentes ao custo e aos per capita dos alimentos dos cardápios foram fornecidas pela nutricionista do município. Os cardápios foram desmembrados em ingredientes e os custos per capita foram obtidos com base nos valores gastos com gêneros alimentícios adquiridos pela secretaria de educação para o preparo de cada refeição, por aluno. Os preços dos alimentos foram baseados nos valores repassados nas licitações. Para a análise da adequação do custo dos cardápios foram utilizados como referência os recursos per capita repassados pelo PNAE para crianças matriculadas em escolas de educação infantil (creches) com a faixa etária entre 7 meses e 3 anos de idade. Os cardápios da alimentação

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI- FW. jeh_cc@hotmail.com.

² Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI- FW. E-mail: thaispinheiro@fw.uri.br

³ Nutricionista, Mestranda em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI- FW.

⁴ Nutricionista, Pós-Graduada em Saúde Pública (UNIJUÍ/RS), mestranda em Envelhecimento Humano (UPF/RS), coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI- FW.

escolar deverão ser elaborados pelo nutricionista responsável, com a utilização de gêneros alimentícios básicos, pautando-se na sustentabilidade e diversificação agrícola da região e na alimentação saudável e adequada. O PNAE é considerado um dos maiores programas na área de alimentação escolar no mundo, sendo o único com atendimento universalizado. Atualmente, o valor repassado pela União, por dia letivo, é de R\$ 0,30 por aluno matriculado na pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos (EJA). Para estudantes de creches, de escolas indígenas e em comunidades quilombolas, o valor per capita é de R\$ 0,60. Para os alunos participantes do Programa Mais Educação, o valor repassado é R\$ 0,90 por aluno. Tais recursos destinam-se à compra de alimentos pelas secretarias de Educação e devem ser investidos na compra direta de produtos da agricultura familiar para estimular o desenvolvimento econômico das comunidades. Em relação aos cardápios avaliados, na segunda-feira verificou-se que o somatório dos custos das três refeições fornecidas alcançou o valor de R\$ 1,45, estando R\$ 0,85 acima do valor repassado pelo PNAE às escolas de educação infantil. O cardápio de terça-feira foi o que apresentou maior custo per capita durante a semana analisada, estando R\$ 0,90 acima do máximo fornecido pelo Governo Federal. Observou-se que o desjejum e o lanche da tarde foram as refeições que apresentaram maiores custos, sendo de R\$ 0,54 e R\$ 0,53, respectivamente. Os pães fornecidos na alimentação escolar apresentam o preço de compra de R\$ 0,22 cada unidade de 50 g, valor bastante elevado perante os R\$ 0,60 repassados diariamente. Na quarta-feira, concluiu-se que mais uma vez o custo excedeu ao valor preconizado pelo PNAE, sendo o desjejum a refeição de valor mais elevado. Já o cardápio de quinta-feira apresentou o menor custo durante a semana analisada, porém, ainda estava R\$ 0,32 acima do orçamento das escolas. O cardápio de sexta-feira apresentou o custo total do dia de R\$ 1,16, estando, portanto, R\$ 0,56 acima do limite máximo que deveria ser gasto por dia por criança. Verificou-se que preparações como a “cuca rápida” e “bolo de banana” são produzidas artesanalmente nas cozinhas das escolas, reduzindo os custos per capita. Observou-se que as preparações apresentaram um custo mínimo de R\$ 0,15 e máximo de R\$ 0,57/aluno, enquanto que os valores gastos diariamente variaram de R\$ 0,92 a R\$ 1,50, obtendo uma média de R\$ 1,27/aluno/dia. Com base neste custo médio, pôde-se verificar que as preparações ultrapassaram R\$ 0,67/aluno/dia do valor repassado pelo Governo para as Escolas de Educação Infantil. De acordo com os resultados obtidos observou-se que em todos os dias da semana do cardápio avaliado, os custos ultrapassaram os recursos transferidos pelo PNAE e o atendimento às crianças do município só é possível com a contrapartida financeira que é dada pela prefeitura. Verificou-se que há uma grande dificuldade em adequar o cardápio em relação às exigências nutricionais do Programa em questão e aos valores per capita distribuídos diariamente. Os custos com gêneros alimentícios são bastante elevados e não há como reduzir os per capita dos ingredientes em detrimento das metas nutricionais estipuladas pelo PNAE. As prefeituras, juntamente com os governos estaduais, precisam unir forças e recursos financeiros para suplementar a verba transferida pelo governo federal para, desta forma, suprir os requerimentos em termos de nutrientes e realizar o pagamento dos fornecedores da matéria-prima para a confecção da alimentação escolar oferecida às crianças brasileiras.

Palavras-chave: PNAE, Cardápio. Custo.

Referências

BOSI, G. M. **Avaliação da composição nutricional e do custo da alimentação escolar oferecida aos alunos do ensino fundamental de uma escola da rede estadual de ensino de Marcelino Ramos, RS.** 22p. Monografia (Curso de Nutrição) – URI, Campus de Erechim, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação**. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/programas-alimentacao-escolar>>. Acesso em: 28 maio 2011.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução/CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009. Revoga as Resoluções CD/FNDE nº 32, de 10 de agosto de 2006; nº 38, de 19 de agosto de 2008 e demais disposições em contrário. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 2009a. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/ae-legislacao>>. Acesso em: 28 mai. 2011.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução/CD/FNDE nº 67, de 28 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2009b. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/ae-legislacao>>. Acesso em: 28 maio 2011.

INGESTÃO DE CÁLCIO E DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM IDOSOS DE FREDERICO WESTPHALEN

Andressa Lanza¹
Caroline Marangon Dourado²
Jéssica Cristina de Cézar³
Thais Fontoura Pinheiro⁴
Elis Regina Boita⁵
Dionara Simoni Hermes Volkweis⁶

O envelhecimento está relacionado com alterações fisiológicas que afetam a necessidade de vários nutrientes. Este envelhecimento traz consigo um aumento alarmante de comorbidades, sendo a osteoporose uma delas. Osteoporose é um distúrbio ósseo caracterizado pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando a um aumento da fragilidade óssea e um consequente aumento do risco de fratura. É a doença mais relacionada com o consumo de cálcio que tem papel estrutural no organismo, proporcionando a rigidez necessária para o esqueleto funcionar mecanicamente. A parte óssea contém cerca de 99% do cálcio do corpo. Estimativas atuais apontam que após os 50 anos, uma em cada duas mulheres e um em cada quatro homens terá uma fratura relacionada à osteoporose. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Sendo o diagnóstico de osteoporose feito através da densitometria de dupla emissão com fontes de raios X (DXA) que é considerada padrão-ouro para a medida de massa óssea, sendo um método não-invasivo que, além de fornecer o diagnóstico, permite o seguimento dos pacientes. Através da densitometria óssea mensura-se o conteúdo mineral ósseo ou a densidade mineral areal, que corresponde à quantidade mineral dividida pela área óssea estudada. O exame deve ser realizado rotineiramente em coluna lombar e fêmur proximal. Em vista do exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar dados coletados de idosos do município de Frederico Westphalen em relação à incidência de osteoporose e osteopenia e aos seus hábitos alimentares, sendo possível assim verificar a baixa ingestão diária de cálcio que é um fator de risco para a osteoporose e sua relação com a densidade mineral óssea. Trata-se de um estudo em grupos de idosos, do município de Frederico Westphalen (RS), com 60 anos ou mais, que não tomavam suplemento de cálcio e vitamina D ou outros fármacos relacionados, nem faziam uso de terapia de reposição hormonal; e sem presença de doenças crônicas gastrointestinais do trato gastrointestinal como Doença de Crohn, Síndrome do Cólon Irritável, Câncer do Aparelho Digestivo etc. A amostra foi constituída por 73 pessoas de ambos os sexos. Para avaliar a ingestão diária de cálcio foi analisado o banco de dados do questionário de frequência alimentar (QFA) da pesquisa de mestrado “Fatores de Risco para Osteoporose e Densidade Mineral Óssea em Idosos do

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, RS. dre_154@hotmail.com.

² Nutricionista, Mestranda em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen.

³ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, RS.

⁴ Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen.

⁵ Nutricionista (UNIJUI), Especialista em Saúde Pública (Unijuí), Mestranda em Educação (UTN/AR), Nutricionista do Hospital Divina Providência (HDP) – Frederico Westphalen/RS, Nutricionista da Clínica.

⁶ Nutricionista, Pós-Graduada em Saúde Pública (UNIJUI/RS), mestranda em Envelhecimento Humano (UPF/RS), coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

município de Frederico Westphalen (RS)” realizado pela Nutricionista Caroline Marangon Dourado, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/RS. Constavam questões referentes à existência de fatores de risco para osteoporose, tais como: consumo diário de leite e derivados, de sal, proteínas, fósforo, fibras; vitaminas C, K e B12, e cafeína. Para ser possível verificar a ingestão diária precisa de cálcio pelos idosos se utilizou o programa DietWin Profissional, no qual foi feita a análise dietética de todos os alimentos e quantidades ingeridas dos mesmos pelos idosos. Podendo ser observado a ingestão diária de cálcio de cada idoso, e então, comparado com a ingestão diária recomendada (Recommended Intakes for Individuals for Calcium) das DRIs. Para analisar a Densidade Mineral Óssea – DMO, foram realizados exames de densitometria óssea (Dual Energy X-Ray Absorptiometry – DEXA), no Serviço de Densitometria do Hospital Divina Providência, de Frederico Westphalen – RS (HDP), com o equipamento “Lunar DPX”, dentro de duas semanas após a avaliação inicial. A calibragem do aparelho usado é executada diariamente, conforme rotina do Serviço de Densitometria. Para a realização do exame foi obtida autorização da Administração do HDP. Foram analisados os exames de densitometria óssea de 73 idosos, com a média de idade de 68,7 anos ($\pm 6,63$), sendo que destes, 89% (n=65) eram do sexo feminino e 11% (n=8) do sexo masculino. A análise da quantidade de pessoas que tinham osteoporose ou osteopenia tanto na coluna lombar, quanto no colo do fêmur, ou em ambos os lugares foi realizada separadamente. Quanto aos resultados 12 idosos (48%) apresentaram osteoporose na coluna lombar (CL), apenas 1 idoso (4%) apresentou osteoporose no colo do fêmur (CF) sem ter osteoporose na coluna lombar, e 12 idosos (48%) apresentaram osteoporose tanto na coluna lombar, quanto do colo do fêmur. Este estudo também permitiu averiguar através dos exames analisados, que 10 idosos (26%) apresentavam osteopenia na coluna lombar (CL), 12 (32%) no colo do fêmur (CF), e 16 idosos (42%) apresentavam osteopenia em ambos os locais. Foi também analisado o número de idosos que não apresentavam osteoporose nem osteopenia, ou seja, estavam com a densidade óssea normal na coluna lombar e no fêmur, e também os que se apresentavam dentro da normalidade para apenas a coluna lombar ou colo do fêmur. Quanto à coluna lombar 6% (n=2) dos idosos estavam normais, no colo do fêmur 39% (n=12) dos idosos se apresentaram dentro da normalidade, e 55% (n=17) dos idosos estavam normais em ambos. A ingestão de cálcio pelos idosos participantes da pesquisa foi analisada por meio de análise dietética e os dados obtidos foram comparados utilizando-se como parâmetro a recomendação da Dietary Reference Intakes (DRIs). A ingestão de cálcio pelos idosos variou de 191,59 a 1.395,16 mg/d, sendo que a média de consumo obtida foi de 595,3 mg/d ($\pm 228,5$) e os resultados evidenciaram que dos 73 idosos avaliados, apenas 2 (3%) deles consumiam 1.200mg ou mais, de cálcio diariamente. Verificou-se que ambos possuíam osteoporose na coluna lombar e no colo do fêmur. Verificou-se também que 22 idosos (30%) consumiam uma quantidade inferior a 500mg/d de cálcio, e destes, 54% (n=12) deles apresentavam osteopenia; 32% (n=7) osteoporose; e apenas 14% (n=3) deles estavam saudáveis. Tendo em vista o número de idosos com consumo insuficiente de cálcio, e o percentual de idosos com osteoporose ou osteopenia, pode-se observar a importância que a ingestão adequada desse mineral tem para a saúde dos ossos. Contudo, sabe-se que a perda de massa óssea é multifatorial, incluindo genética que tem demonstrado grande importância na determinação do pico de massa óssea, etnia, a idade avançada, mais propensão do desenvolvimento em mulheres devido ao período da menopausa que reduz a absorção de cálcio intestinal, deficiência hormonal, tabagismo, excesso de consumo de álcool, sedentarismo e outros fatores nutricionais. E por isso também pode se observar muitos indivíduos saudáveis (55%). Porém, também se conhece dos benefícios que uma boa alimentação pode trazer ao organismo, e no caso do cálcio, à saúde óssea. Mas, para que isso aconteça é preciso uma ingestão adequada de cálcio diariamente, não somente quando se chega à terceira idade, mas desde criança, para que osso possa se constituir forte e da maneira adequada.

Palavras-chave: Idosos. Cálcio. Densidade Mineral Óssea.

Referências

BEDANI, R.; ROSSI, E. A. O consumo de cálcio e a osteoporose. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, 2005.

CASTRO, M. L. A prevenção da osteoporose levada a sério: uma necessidade nacional. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, 2008.

LESOURD, B. Nutrition: a major factor influencing immunity in the elderly. In: MORIGUTI, J. C. **Nutrição no Idoso**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

PAULA, A.P. Saúde Óssea e o Envelhecimento. In: SAFONS, MP; PEREIRA, MM. **Educação Física para idosos: Por uma prática fundamentada**. 2. ed. Brasília, 2007.

PETERS, Bárbara Santarosa Emo; MARTINI, Lígia Araújo. Nutritional aspects of the prevention and treatment of osteoporosis. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 2, Mar. 2010.

GLÚTEN E DOENÇA CELÍACA: CONHECIMENTO SOBRE O TEMA POR ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO

Andressa Lanza¹
Jéssica Cristina de Cézar²
Thais Fontoura Pinheiro³
Caroline Dourado⁴
Dionara Simoni Hermes Volkweis⁵
Elis Regina Boita⁶

A doença celíaca (DC) ou enteropatia sensível ao glúten ou espru celíaco, é uma doença não rara e considerada crônica e autoimune, que resulta de uma resposta inadequada pelas células T ao glúten não digerido em pessoas que são geneticamente predispostas, ou seja, são pessoas que possuem intolerância à ingestão de glúten contido em vários cereais. Ela acomete entre 0,5 e 1% da população mundial, e no Brasil, embora inicialmente tida como rara, os novos estudos sorológicos evidenciaram que a DC está presente em 0,15 a 1,75 % da população geral, estimando que haja 1 celíaco para cada grupo de 214 pessoas. Caracteriza-se por inflamação crônica da mucosa e submucosa do intestino delgado e também se pode designar enteropatia sensível ao glúten. O glúten é o fator indutor da doença. Trata-se de uma proteína existente em diversos cereais, constituída por prolaminas e gluteninas. As prolaminas tóxicas encontram-se no trigo (gliadina), aveia (avenina), cevada (hordeína) e centeio (secalina). Estes péptidos são resistentes à digestão pelas enzimas gástricas e pancreáticas e alcançam a lâmina própria do intestino delgado, possivelmente em consequência de aumento da permeabilidade intestinal. A parte tóxica do glúten para o celíaco é chamada de prolamina, que corresponde a 50% da proteína do glúten que não se dissolve na água e que é solúvel no etanol. O Glúten faz com que a massa tenha liga, responsável pela elasticidade e possibilita a retenção de gás carbônico para o seu crescimento; portanto, quanto maior a proporção de glúten na farinha, melhor é sua qualidade para a fabricação de pães. E possui um elevado teor dos aminoácidos prolina (15%) e glutamina (35%). A instituição de uma dieta sem glúten, indefinidamente, é a única terapêutica eficaz da DC não complicada, conduzindo, em regra, a melhora sintomática em algumas semanas. Embora seguir uma dieta estritamente isenta de glúten a princípio possa parecer simples, na prática evidencia-se uma série de dificuldades na manutenção desta dieta não somente por parte do paciente, como também de seus familiares, pois consiste em uma mudança radical do hábito alimentar, principalmente no mundo ocidental, onde a restrição absoluta de glúten é difícil ou mesmo impossível de manter, dada a presença de quantidades residuais nos alimentos disponíveis

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, RS. dre_154@hotmail.com.

² Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, RS.

³ Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI- Campus de Frederico Westphalen.

⁴ Nutricionista, Pós-Graduada em Saúde Pública (UNIJUÍ/RS), mestranda em Envelhecimento Humano (UPF/RS), coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

⁵ Nutricionista, Pós-Graduada em Saúde Pública (UNIJUÍ/RS), mestranda em Envelhecimento Humano (UPF/RS), coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

⁶ Nutricionista (UNIJUÍ), Especialista em Saúde Pública (Unijuí), Mestranda em Educação (UTN/AR), Nutricionista do Hospital Divina Providência (HDP) – Frederico Westphalen/RS, Nutricionista da Clínica Renal – Frederico Westphalen/RS, Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

no mercado. No Brasil, em virtude das dificuldades para garantir a prática da dieta isenta de glúten, foi promulgada, em 1992, a Lei Federal número 8.543, que determina a impressão da advertência “contém glúten” nos rótulos e embalagens de alimentos industrializados que apresentem em sua composição derivados do trigo, centeio, cevada e aveia. No entanto, as embalagens dos produtos que não o contenham, não necessitam, segundo a mesma Lei, virem acompanhadas dos dizeres “não contém glúten” e, obviamente, podem ser consumidos pelos celíacos. Se a doença celíaca não for tratada, tem alta morbimortalidade que se caracteriza por um processo inflamatório que envolve a mucosa do intestino delgado, levando a atrofia das vilosidades intestinais, má absorção de nutrientes resultando em anemia, e uma variedade de manifestações clínicas envolvendo a pele, causando dermatite herpetiforme, afetando o fígado, sistema nervoso, reprodutivo, endócrino, os ossos, osteoporose, câncer, principalmente linfoma intestinal e outras doenças associadas e autoimunes como tireoidite e diabetes tipo 1, hepatite, doença vascular do colágeno, malignidades, deficiências de IgA (imunoglobulina) estão entre os riscos de complicação de pacientes sem tratamento. Tendo em vista a evidente importância da alimentação adequada no tratamento e no controle da doença celíaca, este trabalho teve a finalidade de avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de nutrição de uma instituição do norte do estado do RS em relação ao glúten e à patologia restritiva a esta proteína. A amostra foi composta por 57 acadêmicos matriculados no curso de nutrição de uma instituição do norte do estado do Rio Grande do Sul. Os estudantes cursavam o primeiro e terceiro semestre do respectivo curso e foram convidados a participar da pesquisa voluntariamente. O estudo foi realizado no mês de maio de 2011 e para a obtenção de informações referentes ao conhecimento dos estudantes em relação ao glúten e DC foi utilizado um instrumento com questões semiestruturadas elaborado pelas pesquisadoras. Para cada acadêmico participante da pesquisa foi entregue um questionário, com tais questões: se conhece a função do glúten na alimentação humana, de qual nutriente o glúten se trata, em que alimentos ele está presente, se possui conhecimentos sobre a doença celíaca, se sim para descrever sucintamente os sintomas, e por fim se conhece algum indivíduo que apresente esta doença. Neste estudo, os acadêmicos do curso de nutrição foram questionados sobre o conhecimento da função do glúten no organismo humano e verificou-se que a maioria (73,7 %) afirmou ser conhecedor desta informação. Ao serem perguntados quanto à classe nutritiva a qual pertence o glúten, verificou-se que, equivocadamente, a maioria dos estudantes (70,2 %) classificou o glúten como carboidrato, e apenas 17,5% (n=10) responderam corretamente a questão, ou seja, classificou o glúten como proteína. Alguns dos entrevistados também consideraram o glúten como lipídio (3,5% ou n=2), nenhum classificou como vitamina ou como mineral e 8,8% (n=5) não sabiam classificar. Os acadêmicos foram questionados quanto aos alimentos que apresentam glúten em sua composição, verificou-se que mais uma vez, grande parte dos entrevistados equivocaram-se citando alimentos como milho (26,3%), arroz (15,8%), e batata (8,8%) como produtos que contém glúten, Em relação ao conhecimento sobre a DC, verificou-se que 54,4% dos entrevistados afirmaram não conhecer a patologia. Foi solicitado aos acadêmicos que responderam “sim” para a questão sobre conhecimento da doença celíaca, citar os principais sintomas da mesma. Os principais sintomas lembrados foram diarreia (61,5%) e distensão abdominal (42,3%). E por fim, verificou-se que, dos entrevistados, apenas 19,3% (n=11) conhecem algum indivíduo portador de intolerância ao glúten, enquanto que 80,7% (n=46) desconhecem. De acordo com os resultados obtidos observou-se que os acadêmicos do curso de nutrição da instituição analisada, de forma geral, possuem pouco conhecimento sobre o glúten e a doença celíaca. Em função da necessidade de informações por parte da população sobre o assunto verifica-se a necessidade da abordagem científica sobre esta proteína e a patologia associada desde o início das atividades acadêmicas, para que os estudantes possam relacionar o tema entre as diversas disciplinas e enfoques abrangidos pelo curso superior em nutrição.

Palavras-chave: Glúten. Doença Celíaca. Acadêmicos.

Referências

MAHAN, L. K. Krause. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, p. 679-684, 2005.

LEPERS, S.; COUIGNOUX, S.; COLOMBEL, J. F., DUBUCQUOI, S. Celiac disease in adults: new aspects. **Rev Med Interne.**, v. 25, p. 22-34. 2004.

NOBRE, S. R.; SILVA, T.; CABRAL, J. E. P. Doença Celíaca revisitada. **J Port gastroenterol**, v. 14, p. 184-193, 2007.

PHILIPPI, S. T. **Nutrição e técnica dietética**. Barueri, SP: Manole, p. 53, 2004.

POSSIK, P. A. et al. Alimentos sem glúten no controle da doença celíaca. **Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, SP, v. 29, p. 61-74, jun. 2005.

DEPRESSÃO: UM DESAFIO PARA A CIÊNCIA

Lidiane Lisik¹
Tatiane Franco¹
Tatiane Salete Soder¹
Éder Tiogo¹
Sinara Rapachi Rossato¹
Adriana Rotoli²

A depressão é uma patologia que merece destaque em estudos e pesquisas científicas que buscam mostrar seu potencial destrutivo em escala global. Por ter índices cada vez mais crescentes de pessoas desenvolvendo tal síndrome se faz necessário realizar ações baseadas em conhecimentos específicos a fim de amenizá-las ou ainda prevenir as mesmas. A Depressão altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre as coisas. É, portanto, uma doença afetiva ou do humor, não é simplesmente estar na "fossa" ou com "baixo astral" passageiro. Também não é sinal de fraqueza, de falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. O trabalho busca ressaltar a importância do tratamento da depressão, conhecer a patologia em si, seus sintomas e suas subclassificações. Com o objetivo de pesquisa, discussão, análise e descrição do tema proposto, considerando que é de vital importância para o profissional da área da saúde conhecer os conceitos, medicamentos e paradigmas que abrangem a patologia abordada. Em virtude dos fatos mencionados, relatamos aqui que um dos focos é instigar outros pesquisadores e leitores a estudarem o assunto aqui entendido como uma forma de conhecer a realidade contemporânea da depressão. A depressão se manifesta quando há alteração na comunicação entre as células cerebrais causando desequilíbrio químico-fisiológico de duas substâncias: a serotonina e a noradrenalina, pois estas estão envolvidas em todos os processos responsáveis pelos sintomas em estado normal. Os neurônios (células nervosas) liberam neurotransmissores, que são capturados por outros neurônios por meio de seus receptores (a substância de comunicação se fixa na célula como uma chave na fechadura); já dentro da célula nervosa, uma bomba de recaptção retira parte dos neurotransmissores da sinapse e uma enzima específica metaboliza o resto das substâncias. No estado de Depressão acontece uma diminuição na quantidade de neurotransmissores liberados, mas a bomba de recaptção e a enzima continuam trabalhando normalmente, então, o neurônio receptor captura menos neurotransmissores e o sistema nervoso funciona com menos "combustível", assim acontecendo o que chamamos de depressão (GOLDMAM, 2009). Tavares apud Davidoff (2001) explica que a depressão pode ser causada por uma combinação de fatores tais como: desequilíbrio químico no cérebro, herança genética, características psicológicas e situações emocionais estressantes. A etiologia fisiopatológica e genética da depressão permanecem ainda incertas, porém sabe-se que fatores sociais, ambientais, e psicológicos influenciam significativamente na evolução ou origem da própria doença. Diversas linhas de evidência sugerem que a síndrome de depressão maior tenha uma base genética. A ocorrência de episódios depressivos maiores aglomera-se claramente em famílias. Em geral estão presentes elevadas proporções de transtornos bipolares e unipolares entre parentes de primeiro grau de pacientes com transtorno unipolar. Os fatores de risco ambientais para a depressão não parecem ser passíveis de generalização, porém são específicos para os indivíduos afetados. As técnicas

¹ Acadêmicos do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

² Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

mais recentes de genética molécula, como avaliação de não concordância genômica, detecções de expansões de repetições e análise de DNA mitocondrial estão começando a contribuir para a nossa compreensão da genética dos transtornos afetivos, mas ainda não foram identificados genes de susceptibilidade individualizados para depressão. Hipóteses neuroquímicas para a depressão postulam que a disponibilidade diminuída de norepinefrina ou serotonina em sinapses específica desses transmissores no cérebro seria associada à depressão, e que concentrações aumentadas dessas substâncias são associadas à mania. Os estudos em geral suportaram a hipótese de que o metabolismo das catecolaminas e indolaminas são importante nos estados do humor, embora as relações sejam complexas. Quase todas as drogas com propriedades antidepressivas afetam a disponibilidade de catecolaminas e indolaminas nas sinapses no sistema nervoso central (GOLDMAM, 2009). As evidências sugerem que em muitas pessoas com transtorno depressivo maior a função neuroendócrina esteja alterada. A hiperatividade do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenocortical tem sido o mais proeminente destes distúrbios neuroendócrinos. Esta hiperatividade se reflete no aumento dos níveis de cortisol circulante nos pacientes deprimidos em comparação aos controles, somando-se a níveis mais elevados de cortisol no líquido cefaloraquidiano (LCR), maior excreção de cortisol urinário livre e resistência do cortisol a supressão pela dexametasona. A depressão caracteriza-se por ser uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas e ainda é classificada como um transtorno incapacitante. “A depressão foi estimada como a quarta causa específica nos anos 90 de incapacitação através de uma escala global g para comparação de várias doenças. A previsão para o ano 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento”. (FLECK et al., 2003). Os sintomas que envolvem a depressão variam, dependendo do grau da doença, do tipo da doença e do próprio indivíduo. O tratamento depende da gravidade dos sintomas, basicamente é feito com psicoterapia e antidepressivos. Normalmente, os medicamentos demoram de 10 a 15 dias para surtir efeito. Além disso, a terapia com remédios deve durar no mínimo seis meses. Se faz necessário estar ciente da problemática que envolve a patologia, em todos os seus fatores, sejam eles causais, sintomáticos, biológicos entre outros. Para que posteriormente se possa trabalhar na recuperação do paciente através principalmente de medicamentos e acompanhamentos adequados. Vale ressaltar, no entanto a importância da promoção de saúde, baseada essencialmente na prevenção de doenças como a depressão assim como na recuperação da mesma. Isso por que a depressão em si é definida como um transtorno de humor, sendo caracterizado como desordem psiquiátrica, e segundo os teóricos, oriunda de diversas causas. O combater as causas e a prevenção de danos através de recuperação que vise métodos apropriados, podem ser formas oportunas e eficazes de combate à doença, e o seu crescimento exacerbado.

Palavras-chave: Depressão. Humor. Tristeza.

Referências

FLECK, M. P. A. et al. **Diagnóstico e Tratamento da Depressão**. Associação Brasileira de Psiquiatria. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, mar. 2001.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 25, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 nov. 2011.

GOLDMAM, Lee. **Cecil medicina**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009. v. 2.

REVISTA DE PSQUIATRIA CLÍNICA. Disponível em:
<<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n6/300.html>> Acesso em: 7 set. 2011.

TAVARES, K. S. NAVARRO, S. FRANZEN, C. Treinamento de Força como Terapia para Pacientes Depressivos e com Baixa Auto Estima. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 1, n. 3, maio/jun. 2007.

ACÇÃO CONTRA DESPERDÍCIO DE ALIMENTOS EM UM RESTAURANTE COMERCIAL DE FREDERICO WESTPHALEN

Elis Regina Boita¹
Andressa Lanza²
Caroline Dourado³
Sérgio Luiz Chué⁴
Andrea Pissato Peres⁵
Thais Fontoura Pinheiro⁶

Dentre os países latinos, o Brasil apresenta-se como um dos mais férteis, tanto para o cultivo, quanto para o desperdício. A desorganização e a desestruturação levam recursos naturais, financeiros e até mesmo alimentos para a lata de lixo. Incorporado à cultura brasileira, este desperdício de alimentos causa perdas severas para a economia, a população, e o meio ambiente.

⁽¹⁾Estima-se que entre 20 a 60% de toda a produção de alimentos se perde entre o campo e a mesa dos consumidores. Não há estudos conclusivos que determinem o desperdício nas casas e nos restaurantes, mas estima-se que a perda no setor de refeições coletivas chegue a 15%⁽²⁾. O consumo *per capita* depende de variáveis como idade, composição do cardápio, qualidade das preparações e sistema de distribuição adotado pelo estabelecimento. No sistema porcionado, o cliente pode optar em consumir ou não a porção pré-definida das preparações disponíveis, enquanto que no sistema *self-service*, o próprio cliente escolhe os alimentos e as quantidades a serem consumidas de cada item. ⁽³⁾ Realizado durante o inverno em um restaurante comercial com serviço à *La Carte*, na cidade de Frederico Westphalen-RS, o estudo transversal teve duração total de quatro semanas, nas quais foram estudados os alimentos que apresentavam maiores índices de desperdício nesse período: alface, agrião, tomate e cebola. Em busca de se reduzir o desperdício dos alimentos estudados, foi proposto para os clientes optarem por uma salada em substituição àquela que já fazia parte da composição do prato, caso essa não os agradasse. No entanto, o sistema de trocas de salada valia somente entre as saladas envolvidas no estudo (alface, agrião, tomate e cebola), não podendo ser escolhidos quaisquer outros tipos de alimentos em substituição. A primeira etapa do estudo teve duração de uma semana, e consistiu-se de coletas e análises de amostras dos alimentos estudados. As coletas foram realizadas antes do almoço, por meio da pesagem dos alimentos que estavam prontos para serem distribuídos e, depois do almoço, com a pesagem do resto-ingestão desses mesmos alimentos. Para porcentagem de RI, utilizou-se a fórmula: $\% \text{ RI} = (\text{Peso dos alimentos rejeitados} \div \text{Peso dos alimentos distribuídos}) \times 100$. Todas as amostras foram pesadas em balança digital com precisão de 5g. Na etapa seguinte, com duração de duas semanas, não foram realizadas coletas nem análises, pois o único objetivo foi a aplicação da ação contra o desperdício de alimentos. Para isso, foram utilizados sobre as mesas *displays* com um informativo sobre o estudo, o qual primordialmente abordava as

¹ Nutricionista (UNIJUÍ), Especialista em Saúde Pública (Unijuí), Mestranda em Educação (UTN/AR), Nutricionista do Hospital Divina Providência (HDP) – Frederico Westphalen/RS, Nutricionista da Clínica Renal – Frederico Westphalen/RS, Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

³ Nutricionista (UNISINOS), Especialista em Nutrição Clínica (CBES), Mestranda em Gerontologia Biomédica. (PUC/RS), Nutricionista da UFSM (Campus de Frederico Westphalen/RS), Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

⁴ Mestre em Tecnologia dos alimentos pela UFPR; professora do curso de nutrição da Universidade Positivo

⁵ Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade Positivo.

⁶ Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI- Campus de Frederico Westphalen.

regras do sistema de troca, e as necessidades de conscientização relacionadas ao desperdício e ao meio ambiente. A última etapa, realizada na quarta semana, consistiu em repetir o sistema de coleta e análises empregado na etapa inicial, com o intuito de verificar se houve ou não um resultado positivo. A substituição entre as saladas foi feita com base no *per capita* de cada uma dessas. Baseando-se nas quantidades tradicionalmente servidas, foram calculadas as quantidades necessárias de cada salada por cliente. Determinaram-se valores per capita de 40g para agrião e alface, e 60g para cebola e tomate. Após observou-se o percentual de resto ingestão dos alimentos na primeira etapa deste estudo, as saladas de agrião e alface possuíram os mais altos índices de resto-ingestão, com médias de 51,26% e 56,53%, respectivamente. Já as saladas de cebola e tomate, foram as que apresentaram os menores índices de rejeição, 29,45 e 25,11%. Ao observar o índice de resto-ingestão Total das saladas estudadas em cada dia dessa mesma etapa, verifica-se que os valores variaram entre 25,64 e 34,50%, sendo esses considerados muito altos se comparados ao limite aceitável em Unidades de Alimentação Coletiva, que é de 10%.⁽²⁾Desenvolvida a ação contra o desperdício desses alimentos, foi realizada a coleta final de dados. Apesar de ainda muito alto houve redução do desperdício de alimentos mais rejeitados anteriormente. Da mesma forma que ocorreu com a cebola que apresentou boa redução em seu índice de desperdício. Em contrapartida o tomate que tinha menor índice de rejeição entre as hortaliças estudadas, teve um aumento significativo no seu desperdício. O percentual de resto ingestão da salada de tomate foi de 44,22% e a de agrião 33,07%, com os maiores índices, enquanto que a alface e a cebola ficaram com os menores índices, de 24,57 e 19,46% respectivamente. A possibilidade de escolha das saladas preferidas fez com que, em muitos casos, os pratos que continham até quatro tipos de hortaliças em sua composição original, passassem a conter no máximo dois tipos. Como geralmente as saladas folhosas eram trocadas por tomate e/ou cebola, isso favoreceu para que o índice de resto ingestão total aumentasse, uma vez que o *per capita* do tomate e o da cebola era de 60g, enquanto eu o das saladas folhosas era de 40g. Observou-se, então, que não houve redução do índice resto-ingestão devido, principalmente, ao fato dos *per capitas* dessas saladas estarem muito acima das necessidades reais de consumo da clientela. O percentual do resto-ingestão dos alimentos na primeira etapa do estudo foi de 29,56% (média). Já na etapa final desse estudo, o percentual de resto-ingestão dos alimentos foi de 40,23% (média). Portanto, para que haja a redução do índice resto-ingestão das saladas neste restaurante, é fundamental que se faça primeiramente a adequação do *per capita* da mesma.

Palavras-chave: Desperdício. Alimentos. Restaurante.

Referências

- BORGES, R. F. Produtividade “versus” desperdício. In: BORGES R. F. **Panela Furada: O incrível desperdício de alimentos no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Columbus, 1991, p. 124.
- CORRÊA, T. A. F.; SOARES, F.B.S.; ALMEIDA, F. Q. A. Índice de resto-ingestão antes e durante a campanha contra o desperdício, em uma unidade de alimentação e nutrição. **Rev. Higiene Alimentar**, v. 21, n. 14, p. 64-73, abr. 2006.
- AMORIM, M. M. A.; JUNQUEIRA, R.R. Adequação nutricional do almoço self-service de uma empresa de Santa Luzia, MG. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 145-156, jan./fev. 2005.

DOENÇA DE ALZHEIMER: ASPECTOS NUTRICIONAIS NO IDOSO

Elis Regina Boita¹
Andressa Lanza²
Caroline Dourado³
Carmen Lucia Barreto Caram⁴
Jerson Laks⁵
Thais Fontoura Pinheiro⁶

A doença de Alzheimer (DA) é uma das formas mais comuns de demência entre os idosos. Ela se caracteriza por transtorno degenerativo progressivo e sua evolução compromete não apenas o idoso, mas também sua família e a comunidade em que ele vive. Estimativas indicam que uma em cada dez famílias americanas possui um membro com doença de Alzheimer e que sua prevalência pode alcançar 14 milhões na metade do século XXI. Estudos epidemiológicos brasileiros mostram prevalência de demência de 7,1% em idosos na comunidade, sendo 3% com DA^{1,2}. A influência dos aspectos nutricionais no processo de envelhecimento e na demência tem sido estudada desde sua participação protetora até sua possível ação no retardo das disfunções e alterações degenerativas inerentes a idade³. Os idosos com demência apresentam perda ponderal importante e são inúmeras as hipóteses que explicam a perda de peso nesses casos: atrofia do córtex temporal mediano e elevado gasto energético, levando a redução de massa muscular, perda da autonomia e dependência funcional, além de riscos de quedas, úlceras de decúbito e infecções⁴. Além disso, as desordens cognitivas e de comportamento podem comprometer a nutrição, tais como dificuldades de mastigação e deglutição, de deslocamento para o preparo das refeições e desordens comportamentais que tornam os idosos distraídos e lentos durante as refeições, comprometendo hábitos alimentares adequados. Tudo isso pode fazer com que o desequilíbrio nutricional acarrete perda de peso e déficit nutricional⁴. Há escassez de dados referentes à nutrição nos quadros de demência em idosos no Brasil, apesar da importância do tema para o tratamento e melhora da qualidade de vida desses indivíduos. Nesse estudo teve-se como objetivo descrever aspectos nutricionais e de saúde de uma amostra ambulatorial de idosos com Doença de Alzheimer no nosso meio, em grau de demência leve a moderado. A amostra contou com a participação de 40 idosos de ambos os sexos, diagnosticados com Doença de Alzheimer (NINCDS-ADRDA) por seleção consecutiva. Foram realizadas avaliações socioeconômicas de atividades de vida diária, antropométrica, clínica e dietética. Do total 65% (n=26) eram do sexo feminino e 35% (n=14) do sexo masculino. Sendo 22 pessoas (55%) no estágio leve da doença e 18 pessoas (45%) no estágio moderado. Ao se verificar a capacidade funcional, constatou-se que mais de 70% dos idosos mostraram-se independente para a realização de suas atividades de vida diária. Com base na avaliação do estado nutricional e na gravidade da doença, os idosos encontraram-se eutróficos, estágio leve o IMC foi de 24,9 kg/m² e no estágio

¹ Nutricionista (UNIJUÍ), Especialista em Saúde Pública (Unijuí), Mestranda em Educação (UTN/AR), Nutricionista do Hospital Divina Providência (HDP) – Frederico Westphalen/RS, Nutricionista da Clínica Renal – Frederico Westphalen/RS, Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS), elisnutri@yahoo.com.br.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

³ Nutricionista (UNISINOS), Especialista em Nutrição Clínica (CBES), Mestranda em Gerontologia Biomédica (PUC/RS), Nutricionista da UFSM (Campus de Frederico Westphalen/RS), Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI (Campus de Frederico Westphalen/RS).

⁴ Nutricionista do Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, RJ.

⁵ Médico psiquiatra e Professor UFRJ e Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, Rio de Janeiro, RJ.

⁶ Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI- Campus de Frederico Westphalen.

moderado foi de 22,0 kg/m², com diferença estatisticamente significativa na circunferência do braço entre os graus de demência, que foi de 28,1 cm no estágio leve e de 25,8 cm no estágio moderado. Quanto à circunferência da panturrilha, os valores foram de 32,6 cm no estágio leve e de 31,2 cm no estágio moderado. Ao se referir à presença de enfermidades secundárias à doença, 52% dos idosos apresentaram hipertensão arterial sistêmica, seguido de alterações do tipo artrose (17%); Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia e Osteoporose com 8,3% cada. O consumo médio de energia e de macronutrientes dos idosos classificados no estágio leve foi de 1645 Kcal/dia, distribuídos em 53,7% para carboidratos, 17,5% para proteína e 28,8% para lipídeos, enquanto que aqueles no estágio moderado foram de 1482 Kcal/dia, distribuídos em 59,3% para carboidratos, 16,1% para proteínas e 24,6% para lipídeos. Quanto às vitaminas, analisou-se a vitamina C (ácido ascórbico) e a vitamina E (tocoferol), e obteve-se no estágio leve da doença 11 mg e no estágio moderado 10 mg de vitamina E; e referente a vitamina C, obteve-se 150 mg no estágio leve e 145 mg no estágio moderado da doença. Neste estudo descritivo de uma amostra ambulatorial de idosos com DA leve e moderada, a maior parte deles apresentou estado nutricional de eutrofia, com consumo dietético adequado de carboidratos, proteínas, lipídeos e vitamina C, embora com baixo consumo alimentar de vitamina E. Esses resultados coincidem com o encontrado por um estudo colombiano que avaliou 77 idosos com DA. Apesar da eutrofia dos pacientes do nosso estudo, houve tendência na diminuição do IMC conforme se agravava a doença, pois houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com DA leve e moderada nesse indicador (P=0.03). Um estudo realizado com 395 idosos franceses também relatou que a gravidade da doença é um fator de risco para perda de peso observada na DA. Esse fato revela a importância de se proceder a uma avaliação nutricional do idoso com a doença de Alzheimer precocemente, principalmente por se tratar de uma enfermidade que o torna progressivamente incapacitado para a realização de suas atividades rotineiras, como a aquisição e preparo de refeições e o ato de alimentar-se adequadamente e de forma independente. Os pacientes do nosso estudo apresentaram também ingestão insuficiente de macro e micronutrientes. Essa característica pode, no entanto, estar associada a hábitos alimentares anteriores ao aparecimento do processo neurodegenerativo. Esses dados apontam, portanto, para a necessidade de adequação alimentar durante os processos da doença, e também para uma melhor avaliação dos idosos ainda antes de apresentarem qualquer problema de saúde. Esses resultados podem ser um ponto de partida para outros estudos que contemplem nutrição, saúde mental e envelhecimento, destacando o envolvimento dos familiares, cuidadores e da equipe multidisciplinar na atenção ao idoso diagnosticado com DA, a fim de contribuir na adequação do peso corporal, estabilidade imunológica, estado nutricional satisfatório e da qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Estado Nutricional. Doença de Alzheimer. Idoso.

Referências

- HERRERA Jr. E.; CARAMELLI P.; BARREIROS A. S.; NITRINI R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord.**, v. 16, n. 2, p. 103-8, 2002.
- NITRINI R, et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord.**, v. 18, n. 2, p. 241-6, 2004.
- MORIGUTI J.C, et al. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. **Rev Paul Med.**, v. 119, n. 2, p. 72-7, 2001.
- GILLETE-GUYONNET S, et al. Weight loss in Alzheimer disease. **Am J Clin Nutr.**, n. 71(Suppl), p. 637S-42S, 2000.

TABAGISMO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Sinara Rapachi Rossato¹

Carla Argenta²

O hábito de fumar é praticado há séculos e em todo mundo por diferentes povos e etnias, em algumas como ritual sagrado e em outras como opção de capricho e estética. Acredita-se que o hábito de fumar iniciou na Europa em 1580 na corte de Elizabeth tornando-se popular em 1881 (CRUZ, 2006). No entanto este hábito já era popular entre tribos de índios habitantes das Américas bem antes disso. Objetivo: Dissertar acerca da situação do tabagismo no Brasil, sua história e políticas públicas de saúde. O fumo ficou conhecido através de Cristovam Colombo em sua primeira viagem às Américas e ao chegar a Cuba percebeu que as tribos utilizavam o fumo em rituais mágico-religiosos e para fim medicinal, então o levou para a Europa onde foi largamente consumido. Os precursores na utilização do fumo foram os marinheiros que encontraram nele uma boa maneira de resistir às longas viagens fazendo dele uma distração. A Rainha Catarina de Médici, por volta do século XVI, passou a utilizá-lo como calmante para combater as crises de enxaqueca. Quando ficou conhecido por este suposto benefício passou a ser consumido desenfreadamente por todas as pessoas, dos mais ricos e mais pobres, incentivando também o seu plantio e comercialização. Aproximadamente em 1964 o governo dos EUA publica um relatório e passa a investigar mais profundamente os riscos do tabagismo para a saúde fazendo algumas relações sobre o uso do tabaco e várias enfermidades, a partir de então as pessoas começam a diminuir o consumo e diminuem também a sua popularidade colocando em dúvida seu poder até então considerado medicinal e isso, conseqüentemente atinge a indústria e o plantio. Com o passar do tempo, descobriu-se que este ato poderia estar contribuindo para o desenvolvimento e agravamento de várias patologias e enfermidades sendo, então, considerada uma ameaça à saúde do fumante e de quem convive com ele, exigindo dos órgãos de saúde e seus profissionais, atitudes de conscientização, prevenção e promoção da saúde. Os governos então começam a perceber a necessidade de atender a saúde desses usuários e promover a conscientização de todos para a diminuição do consumo, e conseqüentemente prevenção de agravos à saúde provenientes dos componentes do tabaco, no entanto, pouco se conhecia sobre as propriedades e seus reais malefícios, o que, impulsionou grandes estudos na área de saúde publica acerca desta temática. (SINDIFUMO, 2012). O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde a principal causa de morte evitável no mundo hoje, sendo que cerca de 6 milhões de pessoas morrem ao ano no mundo pelo consumo do tabaco, sendo que nas atuais condições estima-se para 2030, 8 milhões de mortos no mundo. (OMS, 2003). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o uso do tabaco está relacionado com cerca de 50 diferentes tipos de doenças dentre elas podemos destacar cânceres, leucemia, infarto agudo do miocárdio, enfisema pulmonar, impotência sexual, bronquite, trombose vascular, redução da capacidade de aprendizado e memorização (principalmente em crianças e adolescentes), catarata, aneurisma arterial, rinite alérgica, úlcera péptica, infecções respiratórias e Angina além de ser responsável por prejudicar indivíduos não fumantes, os chamados fumantes passivos devido à presença de substâncias geradas pela combustão do tabaco que são liberadas no ambiente. (BRASIL, 2007). Essas prováveis doenças despertam entidades e profissionais ligados à saúde para a criação de políticas e medidas públicas para tratar os fumantes e para conscientizar a população de fumantes e não fumantes. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

² Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

(CQCT) nasceu em um contexto de amplo reconhecimento da comunidade científica para os malefícios do uso do tabaco, ela é um instrumento legal, sob forma de um tratado internacional, no qual os países que dele fazem parte concordam em empreender esforços para alcançar os objetivos propostos. O objetivo principal da CQCT é preservar as gerações, presentes e futuras, das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco. Ela estabelece como algumas de suas obrigações a elaboração e atualização de políticas de controle do tabaco, o estabelecimento de um mecanismo de coordenação nacional e de cooperação com outros Estados Partes, e a proteção das políticas nacionais contra os interesses da indústria do tabaco. (INCA, 2012). Desta forma, em 1999, a 52ª Assembleia Mundial de Saúde propôs a adoção desse tratado internacional para o controle do tabaco, e em maio de 2000 a 53ª Assembleia Mundial de Saúde criou o Órgão de Negociação Internacional, que ficou então responsável por conduzir o processo de elaboração e negociação do texto da CQCT onde o Brasil ficou com a presidência do órgão. A primeira versão do texto da CQCT surgiu em abril de 2001 onde foi discutido e negociado até maio de 2003 onde então o texto foi aprovado e submetido a 56ª Assembleia Mundial de Saúde, que decidiu pela sua adoção por unanimidade. A partir da adoção, foi iniciada a fase de assinatura pelos países, que durou até 29 de junho de 2004. Posteriormente os 168 países que assinaram o tratado passaram ao processo de ratificação da Convenção. A CQCT entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005. Em seus 38 artigos determina a adoção de medidas inter setoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, marketing, tabagismo passivo tratamento de fumantes, comércio, preços e impostos. (INCA, 2012). O INCA é o órgão do governo federal que coordena e executa em âmbito nacional o programa de controle ao tabagismo com o objetivo de prevenir doenças na população através de ações que estimulem mudanças de comportamento e estilo de vida tornando mais saudáveis, e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Todas as ações são desenvolvidas em três estâncias governamentais, federal, estadual e municipal. O tratamento do tabagismo no SUS é regulado pela PORTARIA Nº 1035/GM de 31 de maio de 2004, regulamentado pela portaria SAS/MS/Nº: 442 de 13 de agosto de 2004. Essas portarias definem também que o tratamento do tabagismo deve ser realizado por meio da abordagem cognitiva-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado podendo ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS e em qualquer nível hierárquico, seguindo critérios do gestor municipal desde que preencha os critérios de credenciamento definido pelo plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS-Portaria GM/MS 1.035/04 e portaria SAS/MS 442/04. (BRASIL, 2012). A escola é o melhor lugar para o desenvolvimento de ações preventivas antitabaco, com esse pensamento o INCA desenvolveu o programa nacional de controle do Tabagismo e outros fatores de risco para o câncer nas escolas o programa Saber Saúde, que tem por objetivo informar e educar as crianças para assim formar cidadãos críticos e capazes de fazer opções conscientes (INCA, 2012). A Enfermeira, como membro ativo da equipe de saúde, tem uma missão especial neste sentido, pois por meio de suas atribuições legais (Lei nº7. 498/86) cabe a ela a responsabilidade de participar ativamente do planejamento, execução e avaliação do programa no seu contexto de trabalho. Seu trabalho no Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer o PNCT que é coordenado e executado em âmbito nacional pelo INCA, vai desde o desenvolvimento de atividades educacionais, legislativas, inserindo-se nos ambientes comunicativos de trabalho, unidades de saúde e unidades escolares aconselhando com objetivo de prevenir o consumo e a cessação do fumar, atuar nos órgãos de classe como sindicatos, associações e conselhos. O enfermeiro pode estabelecer normas e rotinas dentro do programa desenvolvendo consultas de enfermagem, triagem de pacientes para participarem de programas de cessação e atividades educativas, encaminhamento para outros profissionais e realização de estatísticas do PNCT em sua unidade. (CRUZ, 2010). É de extrema importância o conhecimento a respeito do tabagismo tanto pela população fumante quanto pela não fumante, pois quanto mais informação, menor a

chance da pessoa iniciar no vício de fumar. Por outro lado os órgãos de saúde pública precisam estar estruturados para assistir a esse fumante quando o mesmo decidir parar de fumar.

Palavra-chave: Tabagismo. Políticas públicas de saúde.

Referências

CRUZ, JLC. **Projeto Araribá-Ciências**. São Paulo. Moderna, 2006.

SINDICATO DA INDÚSTRIA DO FUMO. Disponível em: <<http://www.sendifumo.org.br/biblioteca/história/index.php>>. Acesso em: 19 maio 2012.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. INCA. TABAGISMO. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 23 maio 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tabagismo**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>>. Acesso em: 23 maio 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil>>. Acesso em: 19 maio 2012.

CRUZ, Maysa Soares; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. O Papel do Enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 56, p. 35-42, 2010.

TUBERCULOSE: SUA HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Sinara Rapachi Rossato¹

Carla Argenta²

A Tuberculose é uma das doenças infecciosas mais comuns e mais antigas da humanidade, durante séculos foi considerada uma grande ameaça à saúde pública principalmente pelo fato de não haver conhecimento sobre o tratamento adequado gerando a morte de praticamente todos os infectados. Realizar uma reflexão teórica acerca da história da tuberculose, bem como, das políticas públicas que regulamentam as práticas dos profissionais da saúde voltadas a esta especificidade. Antigamente a doença afetava somente os animais na forma do bacilo *M. tuberculosisbovi*, sendo que, mais tarde, a infecção passou a atingir o homem graças à mutação do bacilo para outras formas das quais o organismo humano não tinha imunidade. Essa infecção se deu pelo fato do homem ingerir carne e leite derivados de animais infectados com a doença, o bacilo então passa a ser de localização pulmonar e via aerógena com virulência atenuada o que facilitou sua disseminação entre a população, primeiramente entre os humanos com imunidade mais baixa e depois entre todos que convivessem com o infectado. A transmissão se dá principalmente por bacilos de Kock contidos dentro de minúsculas gotículas de saliva eliminadas pela tosse, espirro ou secreção do trato respiratório (VERONESI, 2005). Conhecida pelos egípcios, gregos, árabes e povos do oriente como endêmica acabou se espalhando juntamente com o feudalismo europeu e com o colonialismo sendo conhecida como a “grande peste branca europeia” tornando-se epidemia que iria se arrastar por muitos séculos. Alguns anos depois, fatores levaram a acreditar que seria possível controlar a tuberculose como a consequente redução na incidência e prevalência de casos em países desenvolvidos, dentre eles, a descoberta de medicamentos para o tratamento e profilaxia e a organização de programas de controle nacional. Segundo Fernandes, Almeida e Nascimento (2007) membros do Fundo Global-Tuberculose Brasil, a história da tuberculose no país retrata que ao longo do século XX, a formulação e implementação das políticas de controle da tuberculose foram assumidas por instituições estatais e filantrópicas que atuaram de forma diferenciada, sendo que nas duas primeiras décadas, as instituições filantrópicas tiveram papel de difusão e aplicação das ideias preconizadas para o combate à tuberculose destacando que no Rio de Janeiro a Liga Brasileira contra a Tuberculose, fundada em 1900, que era resultado de um movimento de médicos e intelectuais convencidos de que não podiam se omitir no combate à doença que causava alta mortalidade. A Liga, até 1907, criou e desenvolveu um intenso trabalho de propaganda sobre o problema da tuberculose e os meios para minimizá-lo. Nesse sentido, em 1913, a Liga passou a publicar uma revista, e em 1921, um Almanaque ambos com o objetivo de informar a população sobre a doença e a maneira correta de combatê-la. No ano de 1927, foi criado o Preventório Rainha Dona Amélia, destinado aos filhos de tuberculosos. Nos estados brasileiros criaram-se ligas contra a tuberculose que foram, durante esse período, as únicas instituições que implementaram uma política de combate à doença. A Reforma Carlos Chagas, em 1920, que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública inaugurou uma fase de maior intervenção do Estado no combate à tuberculose, criando a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose. Assim ampliaram o atendimento, organizando dispensários e enfermarias exclusivas para tuberculosos. Em 1930 houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e a reestruturação do sistema que juntos ampliaram a intervenção estatal no combate à tuberculose, mas mantendo ainda ligação com as iniciativas filantrópicas. No contexto da década de 1930, consolidou-se a

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

² Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professorado Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

incorporação institucional de novas tecnologias, como a vacina BCG, a baciloscopia, a abreugrafia, o pneumotórax e outras cirurgias torácicas que auxiliavam no tratamento. Nesse período, ocorreu também o início da especialização acadêmica em fisiologia que ajudou a difundir pelo país e produção de conhecimentos acerca da tuberculose. No que diz respeito à produção da vacina BCG, a Fundação Atauilho de Paiva (que no seu início se chamava Liga Brasileira Contra a Tuberculose) foi a precursora nacional. A atuação do Estado foi intensificada na década de 1940, com a criação do Serviço Nacional de Tuberculose, em 1941, com a Campanha Nacional contra a Tuberculose, e em 1946, a campanha desempenhou um papel importantíssimo pela sua constituição administrativa e financeira que lhe permitia uma maior flexibilidade. A Campanha assumiu como proposta, neste momento, a expansão da estrutura hospitalar e senatorial em todo o país. A ampliação da estrutura de serviços trazia a ideia da interiorização e uniformização do atendimento, a normatização das ações de saúde e a formação de recursos humanos abarcando pessoal de nível médio e superior. A descoberta da quimioterapia antibiótica específica, a partir da década de 1940 alterou mundialmente o perfil epidemiológico, a ação institucional e o conhecimento científico em relação à tuberculose, além das representações sobre a doença. Apesar de ter ocorrido uma queda inicial acentuada dos índices de mortalidade da doença, o uso dos antibióticos ocasionou o surgimento de bacilos resistentes às drogas sendo que o aprofundamento de estudos e experimentações utilizando a associação desses medicamentos resultou na descoberta de novos quimioterápicos que possibilitaram a superação da resistência bacteriana inicialmente apresentada. Assim a União Internacional contra a Tuberculose promoveu, a partir de 1961, investigações sobre o uso desses quimioterápicos envolvendo diversos países, inclusive o Brasil, que resultaram em avanços terapêuticos significativos. Com a comprovação da eficácia desses quimioterápicos na cura da tuberculose, o tratamento passou a ser primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua maioria, a internação do paciente. Como consequência, nas décadas seguintes, foram lentamente sendo desativados os sanatórios e a grande maioria dos hospitais destinados à tuberculose, que passaram a atender a outras áreas da medicina. Até 1968 usou-se no Brasil, exclusivamente, a via oral como a técnica de vacinação para a BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*), que é uma variação do bacilo tuberculoso Bovino atenuada para uso humano que destrói especificamente as células infectadas pelos bacilos, porém a observação da via intradérmica utilizada para a realização da prova tuberculínica despertou a possibilidade de se implantar a vacinação intradérmica, que depois de estudos acabou se espalhando no país, exigindo um treinamento que foi feito em enfermeiras de nove capitais, por uma enfermeira consultora da Organização Mundial de Saúde que permaneceu no Brasil, de 1967 a 1968 (BIBLIOMED, 2000). Nos anos de 1970 intensificou-se a ação e monopólio do Estado no controle da doença sendo criada a Divisão Nacional de Tuberculose, em substituição ao Serviço Nacional de Tuberculose. Essa década teve como marco fundamental o início da implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, contido no II Plano Nacional de Desenvolvimento. A consolidação do uso dos antibióticos como terapêutica eficaz para o tratamento da tuberculose, ao lado das medidas profiláticas e da simplificação do diagnóstico, levou a uma queda acentuada no índice de mortalidade contribuindo para o estabelecimento de uma nova relação entre as pneumopatias, dando corpo à pneumologia. Nesse sentido, em 1976, a Divisão Nacional de Tuberculose transformou-se em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, passando a se ocupar não só da tuberculose como de outras pneumopatias consideradas de interesse da Saúde Pública. Em 1986, foi criado o Centro de Referência Hélio Fraga, em Curicica, RJ, com a finalidade de dar suporte técnico-científico à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária e à Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT). Em 1990, o Centro de Referência Hélio Fraga passou a assumir parte das atribuições da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), dentre elas, a responsabilidade pelos cursos de especialização e incorporação dos funcionários ligados a Campanha (Fundo Global-Tuberculose Brasil, 2007). Em 1998, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS)

se vincula à administração direta do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Políticas de Saúde, junto do Departamento de Políticas Estratégicas de Saúde revendo sua estratégia e adequação ao contexto de um sistema de saúde efetivamente descentralizado, mas onde a instância federal cumpre funções específicas de coordenação. A resolução número 284, do Conselho Nacional de Saúde, de 6/08/98, resolve que a tuberculose passa a ser problema prioritário de saúde pública no Brasil, tanto por sua magnitude como pela possibilidade e vantagens de seu controle e sugere estabelecer estratégias para um novo plano. Assim, em outubro de 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que teve como metas diagnosticar em três anos pelo menos 92% dos casos esperados; tratar com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados e reduzir, em nove anos a incidência em pelo menos 50% e a mortalidade em dois terços. O Plano apresenta como diretrizes gerais o Ministério da Saúde responsável pelo estabelecimento das normas, aquisição e abastecimento de medicamentos, referência laboratorial e de tratamento, coordenação do sistema de informações, apoio aos Estados e Municípios, e a articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas. Acredita-se que o controle e a possível erradicação da tuberculose no país se dão pela vacinação com a BCG, e o tratamento farmacológico adequado dos doentes com uma associação medicamentosa de Rifampicina, Isoniazida, Etambutol, Estreptomomicina, Etionamida e Pirazinamida em doses corretas e uso por tempo suficiente para assim evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos assegurando a cura do paciente. Ressalta-se também a necessidade de medidas de Educação em saúde, pois é necessário esclarecer à comunidade sobre o que é a Tuberculose os aspectos importantes da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento. O desconhecimento leva à discriminação do doente, no âmbito familiar e profissional além de aumentar o risco da transmissão e contaminação principalmente de pessoas imunocomprometidas e portadores de AIDs.

Palavras-chave: História. Tuberculose. Políticas de Saúde Pública.

Referências

BRASIL. **Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portal da Saúde:** Tuberculose. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area/>>. Acesso em: 03 maio 2012.

BRASIL. **Tratamento Diretamente observado (TDO) da Tuberculose na atenção básica:** protocolo de enfermagem. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Tuberculose:** a história da Tuberculose no Brasil. Disponível em: <<http://www.fundoglobaltb.org.br/>>. Acesso em: 03 maio 2012.

VERONESÍ: **Tratado de infectologia.** 3. ed. Editor científico Roberto Focaccia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO UM ARTIFÍCIO PARA ENFERMAGEM

Debora Dalegrave¹
Regis Titon²

Como é conhecido, vive-se numa época de crescente evolução e renovação em tudo que diz respeito à tecnologia. Analisando a grande relevância deste tema e a constante evolução, se torna imprescindível fazer a união entre duas áreas do conhecimento: o sistema de informação e a área da saúde, visando o processo de troca, criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento (BENITO, LICHESKI, 2009). Os sistemas de informação buscam obter informações e propagar as mesmas de maneira rápida, fácil e segura para mediar a aprendizagem, entre pessoas e/ou entidades através de software, como uma ferramenta de apoio à gestão do trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que é um recurso computacional capaz de potencializar a busca de conhecimento, complementando o processo de trabalho, na perspectiva de contribuir no ensino-aprendizagem e na relação paciente – profissional da saúde. Neste sentido, o sistema de informação em saúde é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informação necessária para se organizar e operar os serviços e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle e prevenção de doenças. Vale ressaltar, a importância do profissional enfermeiro em compreender como esta tecnologia da informação pode colaborar no seu trabalho diário, e como desfrutar de seus benefícios para criar novas oportunidades e ocupar seu espaço frente aos processos de mudança, acontecendo uma reorientação do produto final, no sentido de beneficiar o paciente, reduzir os custos e racionalizar o trabalho, tornando-se um novo modelo para o profissional em decorrência dos impactos produzidos pelos avanços das tecnologias. O papel dos sistemas de informação no dia a dia da enfermagem é auxiliar o profissional da área da saúde a organizar e administrar o incondicional de informações fornecendo, em tempo real, todo e qualquer dado que necessita para o desenvolvimento de suas ações. A informação é, portanto, um artifício crítico da tomada de decisão eficaz e da alta qualidade da prática de enfermagem. São de grande valor os sistemas de informação como uma contribuição à gestão do trabalho em saúde, seja na área clínica assistencial, ou nas administrativo-burocrática e de gestão. Todas as áreas de conhecimentos que venham a trabalhar com saúde, podem vir a desfrutar das informações contidas nos sistemas, utilizando-as como uma ferramenta de assistência no seu processo de trabalho. Pois estas são capazes de precipitar a efetividade do processo de identificação de problemas individuais e coletivos; potencializando a resolubilidade das necessidades e/ou situações que venham a surgir nos diversos cenários e/ou ambientes de trabalho em saúde (BENITO, LICHESKI, 2009). É conveniente ressaltar que, a partir da rapidez, acesso e flexibilidade dos sistemas de informação, este se tornou o maior elemento para disseminação de informação, e por conseguinte de conhecimento, pois, através desses, é possível a comunicação de pessoas com diferentes objetivos, permitindo discussões e relacionamentos múltiplos; minimizando obstáculos culturais, de infraestrutura, distância e tempo, disponibilidade de acesso, permitindo maior troca de informações, e aquisição de conhecimentos de uma forma mais ágil e dinâmica (BENITO, LICHESKI, 2009). Assim, os sistemas de informação tornam-se recursos tecnológicos capazes de potencializar os profissionais da área da saúde, tornando-os mais capacitados, criativos, capazes de mudar a realidade e melhorar o atendimento dos serviços de saúde através de ações de inovação de processos de saúde potencializando assim suas competências pessoais e coletivas no trabalho em saúde. Neste sentido, a informação e o seu fluxo articulado das informações no

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva: Ênfase em Saúde da Família. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: debora_dalegrave@yahoo.com.br.

² Bacharel em Ciências da Computação. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

processo de trabalho em saúde devem ser considerados como o eixo norteador para a potencialização e efetividade das ações de saúde, especialmente na rede de atenção à saúde. Nesse contexto, a informática na enfermagem passa a ser relevante para o processo de trabalho assistencial e gerencial. Contudo, o desenvolvimento de sistemas torna-se difícil por requerer maior capacitação técnica, tanto em relação ao conhecimento de enfermagem, quanto de tecnologia da informação e programação (SANTOS, 2010). Assim, buscando reduzir os problemas observados no registro de dados, no processo e na metodologia do cuidado de enfermagem, esse tem sido o grande desafio da informática em enfermagem. Concluindo que foi possível observar o crescente deslumbrado de aplicações voltadas à saúde utilizando-se os sistemas de informação, aproveitando-se assim dos benefícios que esta tecnologia pode trazer para a área da saúde. A integração entre duas áreas do conhecimento de serviços proporciona um avanço na maneira de ver, utilizar e trabalhar. Assim concluímos que essa evolução de serviços e dos serviços de saúde está cada vez mais presente na vida dos profissionais, auxiliando nas tarefas diárias, abrangendo suas necessidades e integrando uma série de recursos para essas duas grandes áreas do conhecimento.

Palavras-chave: Informática aplicada à enfermagem. Enfermagem.

Referências

BENITO G. A. V., LICHESKI A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-50, maio/jun. 2009.

SANTOS, S. R. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 295-301, 2010.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Debora Dalegrave¹
Jaqueline Marafon Pinheiro²

Considerando-se a grande relevância deste tema, e por se tratar desta fase da vida do ser humano – adolescência - caracterizada por mudanças físicas, biológicas, fisiológicas e emocionais. Buscando afirmar a sua nova visão de si e do mundo, além da passagem da infância para a maturidade, o tema sexualidade se torna de grande valor por ainda ser pouco difundido, prevalecendo o desconhecimento sobre o tema. É preciso salientar que é o período compreendido dos 10 aos 20 anos de idade, onde formamos a nossa personalidade, ou seja, a totalidade dos traços emocionais e de comportamento de um indivíduo (caráter); o “jeito” de ser da pessoa, o modo de agir ou sentir as emoções. Ressalta-se o olhar para sexualidade, pois a identidade constitui-se pelo fator central do gênero, tendo-se em vista a identificação como processo constante de mudança, e também nas suas implicações para a experiência da vida sexual. A sexualidade é algo que se constrói e aprende, sendo parte integrante do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo (BRÊTAS, 2004). Assim, visando fornecer subsídios para o conhecimento da sexualidade e da preocupação a respeito do tema, procuramos para além da produção de conhecimentos, realizar o mesmo, de uma maneira dinâmica e prazerosa. Partimos do pressuposto de que é preciso socializar os saberes perante uma construção dialógica com os adolescentes, para que ambos, profissionais da área da saúde e população alvo, compartilhem seus conhecimentos sobre sexualidade, criando assim, um espaço de ensino e aprendizagem. Nossa experiência, o conversar sobre sexualidade com adolescentes, ocorreu junto aos professores e alunos de escolas municipais e estaduais do município de Frederico Westphalen, buscando ampliar os saberes e práticas que envolvem a referida atividade. Ao produzirmos este relato de experiência, foi nossa intenção fornecer subsídios para o desenvolvimento de iniciativas no ensino da sexualidade. A partir do convite lançado pelas escolas municipais e estaduais. Começamos a nos organizar sobre qual seria o objetivo desta intervenção junto aos adolescentes, sobre “Sexualidade na Adolescência”, sendo possível identificar uma importante concentração dessa demanda por parte deste público alvo, em receber instruções básicas a respeito desta temática. Foram estabelecidos dois propósitos para esta atividade: atualizar conhecimentos e esclarecer as dúvidas e crenças existentes. A proposta foi acolhida pelos participantes, sendo realizado o trabalho educativo, nas próprias escolas. As exposições foram planejadas de forma a atender os propósitos estabelecidos, de uma forma dinâmica e prazerosa. O adolescente em busca de um novo papel no mundo em que vive passa por alguns lutos até chegar à identidade adulta: a perda do corpo infantil com toda a sua harmonia e o reconhecimento que possui desse corpo; a perda dos pais da infância, para o surgimento de novos pais, os quais não são mais considerados “heróis”; a perda da identidade e do papel social infantil (VITALLE, MEDEIROS, 2008). Considerando-se as características relacionadas à percepção de prazer que está presente desde a vida intrauterina, além das primeiras experiências e relações no mundo com o próprio corpo, a percepção do outro, as demandas, os desejos, as expectativas, os ideais, os conflitos, o prazer e o desprazer constituem marcas importantes que serão significativas e ressignificadas em diferentes momentos da construção de vida do sujeito. Buscando interagir de maneira mais próxima e coerente, as exposições versaram sobre: valores, personalidade, maturidade,

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva: Ênfase em Saúde da Família. Enfermeira Supervisora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: debora_dalegrave@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Enfermeira Supervisora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

puberdade, liberdade, responsabilidade, valorização do corpo, alterações fisiológicas e psicológicas da adolescência, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Os temas abordados foram propostos reconhecendo-se a importância deste espaço para dar visibilidade às experiências e dúvidas de cada um. Três momentos constituíram os encontros: dinâmica do ser valores, apresentação dos slides com as explicações das temáticas e a atualização dos saberes que emergiam neste exercício com a retomada dos saberes aprendidos e esclarecimentos das dúvidas. A orientação pedagógica utilizada nas explicações foi a da problematização. A realidade dos participantes, experiências, conhecimentos prévios, opiniões, dúvidas e estratégias utilizadas no dia a dia, foram discutidas de forma participativa. As orientações levaram em consideração as necessidades dos participantes e os recursos disponíveis, criando a oportunidade de uma aprendizagem singular, pois foi construída a partir das próprias dúvidas dos adolescentes. Diferentemente das tradicionais palestras, em que o autoritarismo e a verticalidade do ato educativo estão presentes, esta abriu espaços para o diálogo e a crítica sobre determinado cotidiano (FREIRE, 2005). O ensino sexualidade com adolescentes deveria ser amplamente disponibilizado e democratizado. Hoje, aprender sobre sexualidade é algo restrito e ainda visualizado com muitos tabus. A produção e socialização de conhecimentos sobre esta temática, além de conferir aos adolescentes maior segurança para tratar de suas dúvidas, reduzem a sua vulnerabilidade. A opção pela abordagem metodológica conferiu dinamismo e oportunidade de participação dos adolescentes no processo educativo, contrariando modelagens educativas mais tradicionais que trabalham com a seleção e exposição vertical de conteúdos por parte dos educadores. O diálogo possibilitou o compartilhamento de dúvidas, as quais foram tratadas, sempre, de forma participativa, buscando-se a atualização dos conhecimentos. Essa troca pedagógica propiciada pelo diálogo foi importante para a aprendizagem, não só dos participantes, mas, também, das profissionais, ampliando o olhar para além da técnica, instigando a criatividade e ensinando novas formas de fazer construídas naquela cultura. Essas alusões podem ser elencadas nas falas de Heilborn (2006), que aborda a sexualidade como sendo universal aos seres humanos. No entanto, sua construção acontece de acordo com as significações que integram cada grupo social específico – neste caso os adolescentes – sendo um processo constante inerente às múltiplas e diferentes socializações que a pessoa experimenta na sua vida, com a família, escola, os meios de comunicação, entre outras.

Palavras-chave: Sexualidade. Adolescentes. Enfermagem.

Referências

- BRÊTAS, J. R. S. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 12, n. 72, p. 29-38, 2004.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005
- HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev Estud Fem.**, v. 14, n. 1, p. 43-59, 2006.
- VITALE, M. S. S.; MEDEIROS, E. H. G. R. O adolescente. In: PUCCINI, R. F.; HILÁRIO, M. O. E. **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO, FRENTE À PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL

Daniane da Silva Krabbe¹
Greici Kelli Tolotti¹
Caroline Rossetto¹
Jéssica Borges do Canto¹
Adriana Rotoli²

O trabalho de enfermagem em saúde mental apresenta muitos desafios e contradições, o qual deve ser feito por profissionais capacitados. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental é necessária para que haja um trabalho de qualidade. Os hospícios ou manicômios eram os locais onde se deixavam as pessoas com distúrbios mentais onde os mesmos deveriam ser disciplinados e reeducados, foi aí que surgiram as primeiras práticas de enfermagem em saúde mental, onde os médicos eram vistos como figura de autoridade e os enfermeiros tinham que manter a ordem e disciplina. Apesar da implantação do modelo Nightingale, os cuidados de enfermagem nos manicômios e os cursos preparatórios para os profissionais não seguiam este modelo. Ao longo dos tempos a visão sobre pacientes com distúrbios mentais mudou, o atendimento começou a ter algumas modificações e estes pacientes deixaram de ser vistos apenas como “loucos”, entrando aí a Reforma Psiquiátrica que teve grande importância nas modificações. Alguns movimentos de reforma começaram a surgir depois da II Guerra Mundial, sendo eles críticos que contestavam as práticas psiquiátricas. A reforma psiquiátrica brasileira teve por objetivo a descentralização do modelo hospitalocêntrico ou manicomial, para um modelo de desinstitucionalização, que visa deslocar o centro de atenção dos doentes mentais para junto à comunidade. Porém a desinstitucionalização não se trata apenas de deslocar o centro de atenção psiquiátrico, ela apresenta uma crítica a esse sistema, onde haja possibilidade para que os doentes mentais possam se reinserir na sociedade, pois antes havia a falta de perspectivas, devido ao modelo clínico dos hospitais. Voltando-se para a mudança com um modelo de transformação em saúde mental, com uma nova política, que visa à diminuição de custos relativos ao modelo manicomial e um investimento maior nessas pessoas que não são apenas doentes mentais, mas também indivíduos que precisam de uma vida muito mais perto de seus familiares e sociedade. Após a reforma os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico são: leitos psiquiátricos em hospitais gerais, redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas e também residências terapêuticas. Segundo Goldberg, (1994) apud Hirdes, (2009) nestes novos espaços, as ações antes centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, passam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida. Podemos dizer que desde então muitos avanços ocorreram, dando a possibilidade de novas abordagens, novos princípios, como também valores e olhares às pessoas que sofrem transtornos mentais, apresentando formas mais adequadas para o cuidado destas pessoas. O trabalho em saúde mental atual busca uma prática interdisciplinar, que visa conter os comportamentos dos doentes mentais e incorporar novos princípios. Primeiramente o trabalho de enfermagem em saúde mental era visto com muitos preconceitos, a visão sobre estes profissionais era desfavorável, pois os que o faziam, seria apenas por não conseguirem se empregar em outras atividades, e a dificuldade para encontrar pessoas

¹ Acadêmicas do II Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, dani_krabbe@hotmail.com; greici_kellitolitti@hotmail.com; rossettocarol@yahoo.com.br; jessicaenf19@gmail.com;

² Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen rotoli@uri.edu.br.

que tivessem aptidão e vocação para trabalhar com doentes mentais, era grande. A Reforma Psiquiátrica colaborou para que esta visão mudasse, até para os próprios profissionais. A função primordial do enfermeiro em saúde mental vai muito além de apenas conter os comportamentos desses pacientes, sabe-se que o trabalho em saúde mental envolve aspectos de paciência, doçura, intercalados com energia e firmeza de caráter, por isto a capacitação adequada é de suma importância, pois estes profissionais são potencialmente, grandes agentes de mudanças. Segundo Oliveira et al., (2003) quanto mais consciente de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador inserido num contexto social e de cidadão num sistema político, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão às pessoas com transtornos mentais. Diante da importância da contextualização em saúde mental os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campos de Frederico Westphalen, tiveram a oportunidade de conhecer o Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes localizado na cidade de Passo Fundo – RS. Em uma manhã os acadêmicos se deslocaram da cidade de Frederico Westphalen até a cidade de Passo Fundo, acompanhados por algumas professoras do curso. Ao chegar no hospital os acadêmicos foram distribuídos em dois grupos. Foram recebidos pelo enfermeiro responsável, o qual deu - lhes algumas explicações sobre a administração, sobre as normas e rotina dos pacientes e funcionários do hospital e outros profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes. Em seguida os acadêmicos puderam conhecer as diversas alas do hospital, e os trabalhos realizados, podendo conversar e conhecer um pouco da história de alguns pacientes ali internados, por final em frente ao hospital os acadêmicos tiraram mais algumas dúvidas inteirando-se ainda mais da realidade do hospital e então retornaram a Frederico Westphalen. Após a visita, em sala de aula, os acadêmicos refletiram sobre a realidade do atendimento em saúde mental de hoje podendo observar a realidade do hospital após a reforma psiquiátrica, e quão importante é a presença de profissionais capacitados junto ao atendimento dos pacientes que ali se encontram, levantando os pontos positivos desta experiência. Esta visita fez com que os acadêmicos pudessem ter uma visão direta de como as mudanças no atendimento aos pacientes com distúrbios mentais foi significativa, trazendo melhores resultados na melhoria destes pacientes. O trabalho em hospitais psiquiátricos vai muito além de simplesmente administração de medicamentos, deve ser um atendimento diferenciado e elaborado minuciosamente, onde se exige muita dedicação, interesse, conhecimento no qual o profissional deve agir com todo o cuidado e atenção, visando dar prioridade a melhora do paciente, nunca deixando de lado a segurança dos mesmos e de sua equipe. Não cabe aos enfermeiros julgar estes indivíduos, pois são seres humanos que sofrem de doenças como qualquer outra, o paciente deve enxergar o profissional como um aliado a sua melhora e não como um objeto que lhes traga medo e insegurança, contudo a atenção sobre esses pacientes deve ser redobrada por isso cabe ao profissional acima de tudo ter autocontrole diante das muitas dificuldades ainda encontradas nessa área.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Prática. Hospital Psiquiátrico.

Referências

- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 297-305, 2009.
- OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P; O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, Ribeirão Preto maio/jun. 2003.

A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL À SAÚDE DO IDOSO

Juliana da Rosa Vasconcelos¹

Sinara Rapachi Rossato²

Carla Argenta³

O Envelhecimento é um processo fisiológico natural que ocorre com todos os seres humanos. Quando pensamos em trabalhar com essa população nos deparamos com suas particularidades que exigem conhecimento científico específico e mudanças na forma de atender e amparar os idosos. O processo do envelhecimento leva a alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que contribuem para a perda progressiva da capacidade de adaptação ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de patologias que muitas vezes os levarão a morte (ROCHA et al., 2007). Com isso, destaca-se a finalidade deste trabalho. Objetiva-se discutir acerca das mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem no envelhecimento, e destacar a importância de uma assistência multiprofissional capacitada, voltada às reais necessidades do idoso. Segundo dados do IBGE (2008) a queda das taxas de fecundidade e mortalidade vem ocasionando uma mudança na estrutura etária, com a diminuição relativa da população mais jovem e o aumento proporcional dos idosos. No ano de 2000, 30% dos brasileiros tinham de zero a 14 anos, e os maiores de 65 representavam 5% da população. Em 2050, esses dois grupos etários se igualarão: cada um deles representará 18% da população brasileira. Essa estatística revela a importância cada vez maior de se conhecer o processo do envelhecimento e as suas políticas públicas. Também se torna cada vez mais importantes as políticas de Saúde voltadas para a Terceira Idade: se em 2000 o Brasil tinha 1,8 milhão de pessoas com 80 anos ou mais, em 2050 esse contingente poderá ser de 13,7 milhões exigindo maior preparo e conhecimento de todos os profissionais. (IBGE, 2008). Os primeiros sinais observados nesse processo são os relacionados à aparência física como cabelos brancos, pele enrugada e condições para atividade física diminuída entre outros sendo que, a partir da medida que se envelhece essa condição tende-se a se acentuar devido ao fato de nessa fase da vida os órgãos reduzirem gradativamente o número das suas células afetando conseqüentemente o funcionamento do organismo, modificando a função de todos os sistemas. A sociedade geralmente valoriza mais a população jovem e a beleza física e, cada vez mais, idosos correm atrás de artifícios para manter-se jovem tornando nítido o medo de envelhecer, de desenvolver rugas na face e cabelos brancos. Essas ideias acabam se tornando motivo de preocupação, ansiedade e aflição e isso acaba por desenvolver sinais de Depressão que também podem ser gerados pelo fato de muitas pessoas de mais idade sofrerem de dores ou enfermidades crônicas. A perda de pessoas da família como do cônjuge, irmão, amigos que é mais comum nessa fase ou até mesmo o maior consumo de medicamentos, muitas vezes alterando o seu estado de humor. O lema da Sociedade de Gerontologia da América vem ao encontro desta discussão quando ressalta que “Acrescentar vida aos anos, e não apenas anos à vida” (PAPALIA, 2000). Isso significa garantir em todas as esferas da saúde atendimento diferenciado e especializado proporcionando a essa população que cresce continuamente, qualidade de vida e um envelhecimento saudável e ativo. Todos os fatores supracitados contribuem para o processo de adoecimento da população idosa, onde prevalecem enfermidades crônicas degenerativas que exigem maior assistência dos

¹ Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

² Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

³ Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

profissionais em geral, mas principalmente os da área de enfermagem e de farmácia, pois estes convivem maior parte do tempo e em contato mais íntimo com o paciente idoso, essa condição de envelhecimento populacional vai exigir nas próximas décadas desafios cada vez maiores para os serviços de saúde demandando uma atuação cada vez mais multiprofissional, onde cada profissional irá desenvolver o seu trabalho de maneira complementar ao trabalho do outro e não competitiva proporcionando assim ao paciente idoso uma assistência de maior qualidade e que venha cada vez mais a suprir as reais necessidades de saúde. A Enfermagem é uma profissão da área da saúde que faz no dia a dia do seu trabalho atividades que têm profundo impacto na vida e na saúde do idoso seja ela atividade de educação em saúde, consulta de enfermagem, assistência de enfermagem ou no planejamento de ações para melhorar o dia a dia do idoso e até mesmo afetivas sempre com o objetivo de assistir o ser humano de maneira completa levando sempre em consideração o ambiente em que vive. O Enfermeiro atua ativamente no processo de educação em saúde sendo o motivador e o promotor do autocuidado individual gerando a prevenção de enfermidades manutenção e recuperação da saúde, para tornar isso possível o enfermeiro utiliza estratégias de ensino-aprendizagem priorizando a comunicação do paciente procurando sempre facilitar a verbalização dos problemas enfrentados pelo idoso podendo assim produzir resultados mais efetivos e mais rápidos que serão visíveis no dia a dia desse idoso. Dentro da enfermagem há uma área específica para trabalhar e estudar o envelhecimento que é a Enfermagem Gerontológica. Conforme Papaléo Neto (2005) a enfermagem gerontológica esta relacionada à valorização biopsíquica, sociocultural e espiritual das necessidades do idoso e tem por ênfase a maximização do nível de independência do indivíduo para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária (AVDs), em prevenir as doenças e promover, manter e restaurar a saúde preservando a dignidade, conforto e bem estar do idoso até que chegue a morte. Devido à grande incidência de diversas patologias que acometem a terceira idade, estes indivíduos tendem a ser os maiores usuários de medicamentos. Segundo Flores et al., 91% dos idosos fazem uso de algum fármaco, sendo que, 27% deste total faz uso concomitante de vários medicamentos, prática chamada de polifarmacoterapia. O uso de vários medicamentos pode trazer, além do efeito terapêutico, efeitos colaterais e adversos, e ainda o risco de interação medicamentosa (JUNIOR, 2006). Este quadro poderá ser agravado pelas alterações fisiológicas que acometem o idoso, como a redução da capacidade de memória, problemas de visão e da destreza manual, perda da capacidade de reserva funcional dos órgãos vitais, alteração na metabolização do fármaco, com consequência na ação farmacológica (FLORES, MENGUE, 2005). Levando em consideração todos os problemas relacionados à terapia medicamentosa em idosos é possível ressaltar a importância do profissional farmacêutico inserido na equipe de atenção básica à saúde, prestando atenção farmacêutica ao idoso, prática que visa melhorar a qualidade de vida do paciente através do fornecimento de informação para tomada de decisões sobre o uso dos medicamentos pelo mesmo. O farmacêutico assume um papel ativo com o objetivo de beneficiar o paciente, assegurando que o mesmo tenha todo o acesso à informação quanto à utilização correta dos medicamentos. Em virtude das considerações realizadas ressalta-se a importância de uma assistência especializada, de qualidade e interligada nas diversas esferas de atenção a saúde do idoso, pois somente desta forma será possível atender a esta população de maneira adequada respeitando as suas necessidades.

Palavra-chave: Envelhecimento. Idoso. Multiprofissional.

Referências

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wedkos. **Desenvolvimento humano**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAPALEO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, SP: Atheneu, 2005.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São PAulo: Atheneu, 2006.

FLORES, L.M.; MENGUE, S.S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Brasileira Envelhece em Ritmo Acelerado**. Comunicação Social, 2008.

ROCHA. C.H. et al. Adesão á prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, p. 703-710, 2008.

JÚNIOR, D. P. et al. A farmacoterapia no idoso: Revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-am de Enfermagem**, p. 435-441, 2006.

O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL: PONTO DE VISTA DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS

TatianeSalette Soder¹
Caroline Ottobelli²

Em relação ao controle social, um dos princípios do SUS, Arantes et al (2007, p. 471), tendo por base outros estudos realizados com enfermeiros, explica que é “[...] a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade, objetivando as políticas de saúde”. Fazendo uma breve retrospectiva histórica no que se refere à participação da população civil nas decisões de saúde, retornamos na homologação da Constituição Federal de 1988 que representou um novo paradigma depois do fim da ditadura militar, pois ela em muitos capítulos incluindo-se o da saúde nasceu da base, das entranhas da própria população. Assim, tudo começa com a Constituição Federal, que para reafirmar o cidadão como portador de direitos e sujeito ao cumprimento de obrigações, delimita em seu primeiro artigo, parágrafo único que todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (*democracia representativa*) ou diretamente (*democracia participativa*) nos termos desta Constituição (BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 1998). Gradativamente, dois anos depois foram sancionadas as leis orgânicas da saúde (SUS), nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e sua lei complementar nº 8.142 a qual por sua vez, institucionaliza os fóruns legítimos de exercício de Controle Social, no caso, os Conselhos e as Conferências de Saúde. O artigo primeiro, segundo a legislação em vigor, é que destaca os conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo, em seus incisos um e dois determinam: “§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990).” “§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990)”. Assim, o controle social é um importante mecanismo para fiscalização e prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania. Para reafirmar essa questão Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42), mencionam que uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação como a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde. Porém, encontram-se algumas dificuldades na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, tais como a falta de compreensão dos princípios do SUS e o controle social, por parte dos usuários e trabalhadores da saúde, as formas autoritárias de gestão, a falta de divulgação de informações, conselheiros escolhidos e indicados por políticos partidários, descumprimento da legislação existente, representação errada dos vários segmentos legais, entre outros tantos fatores de grande relevância. Objetiva-se analisar as concepções e

¹ Acadêmica do V Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen, e Bolsista do Projeto. E-mail: tati.soder@hotmail.com.

² Enfermeira, Mestranda em Educação pela URI. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen, Orientadora do Projeto.

percepções das lideranças de uma determinada comunidade do município de Frederico Westphalen R/S acerca do exercício do Controle Social além de, levantar facilidades e dificuldades encontradas pelas mesmas dentro da comunidade. Como se evidencia, são muitos os problemas vivenciados na operacionalização do exercício do Controle Social. Dessa forma, resolveu-se trabalhar com as lideranças comunitárias a seguinte questão: *Qual(is) a(s) concepção(ões) e percepção(ões) das lideranças que compõem uma determinada comunidade do município de Frederico Westphalen R/S acerca do exercício do Controle Social?* Vale ressaltar que o bairro escolhido se deve ao fato de ser um dos mais carentes do município segundo dados do DATASUS e IBGE. O processo metodológico constituiu-se em duas fases. A primeira referente a coleta de dados, que ocorreu prioritariamente através de diário de campo, com todo o grupo presente, onde se realizou a escuta ativa, a transcrição literal dos depoimentos, sem o uso de gravadores. Lima e Miotto, (2007, p. 4) afirmam ainda que o Diário de Campo é um documento descritivo-analítico, com caráter investigativo e reflexivo. Já no que se refere à segunda fase do processo metodológico, a mesma compreendeu à análise das falas emitidas pelos participantes, onde os dados foram agrupados e analisados conforme os seguintes elementos: planejamento, implementação, avaliação, mobilização, articulação e controle. É relevante destacar que a pesquisa tem abordagem qualitativa, onde pretende-se resgatar as concepções, os resultados, opiniões, significados de uma determinada cultura, de forma que não pode ser quantificável, mas analisado e categorizado. Compreende também, uma proposta fundamentada na teoria da enfermagem transcultural proposta pela enfermeira norte-americana Madeleine Leininger. Esta proposta estuda uma determinada realidade social, de um determinado momento histórico, buscando a profundidade da análise dos dados, no caso, os relatos das lideranças comunitárias. E ainda, conforme Leopardi (1999), um dos pontos fundamentais de enfoque desta teoria é o modelo de Observação – Participação – Reflexão. Existem inúmeros problemas relacionados à questão do tema proposto que demandam intervenção urgente, como se destacam a visão, nos serviços de saúde, do cidadão apenas como objeto e não como sujeito ativo e participante de cada ação de saúde (CARVALHO, 2007). Outro paradigma que merece extrema atenção é a falta de conhecimento a respeito do controle social, citado pelas lideranças entrevistadas, que focalizaram a desmotivação da comunidade devido ao desconhecimento da importância da participação popular em conselhos e conferências de saúde. *“As pessoas só querem cobrar seus direitos mas na hora de participar, não participam”*(LC1). *“Para haver o controle social é necessário abrir mais oportunidade das pessoas participar, divulgar mais as reuniões, o convite deve vir de mão em mão, bate na porta e dizer: Senhor quer participar de uma conferência, explicar pra que serve, por que participar.”*(LC8). No que diz respeito à falta de informação, Silva, Cruz e Melo (2007, p.4), justificam que esse é uma grande desafio para o setor da saúde, tornar a informação acessível a todos os usuários do SUS de maneira universal, porém essas barreiras devem ser superadas. Além do mais, em relação ao controle social no âmbito da saúde as lideranças comunitárias mostraram-se interessadas em buscar um serviço de saúde de maior qualidade, principalmente a nível local, enfatizando os evidentes benefícios trazidos pelo SUS para a população, bem como aspectos que necessitam ser avaliados por gestores, trabalhadores e usuários, objetivando o aperfeiçoamento do sistema através de um controle social oportuno e igualitário. *“No papel o SUS tá bom, mas na prática não tá bem garantida.”* (LC3). *“O SUS tem muita coisa para mudar, mas se a gente não vai atrás não muda nunca.”* (LC13). No entanto vale ressaltar que segundo Carvalho, (2007, p. 141), para o cidadão controlar a sociedade e o estado ele, antes de tudo, tem que conquistar sua cidadania. O componente essencial para que se dê este processo é a troca de saber, o acesso à informação e à educação. Sem a informação e o saber é quase impossível conquistar a cidadania. *“É bom a gente saber os nossos direitos, que nem sempre temos acesso.”*(LC9). *“A gente que paga imposto tem que ter direito saber onde que foi.”* (LC8). Além disso, a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações são condutas de cidadania; bem como de organizar e realizar ações, avaliando-as com espírito crítico. Devido aos fatos mencionados anteriormente a educação

e democratização assim como a participação popular são fundamentais para o processo de evolução e aperfeiçoamento do sistema de saúde, mais especificamente do SUS. Dessa forma, o controle social exerce fundamental importância no exercício da cidadania, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada. Mas para que isso aconteça a troca de informações é importante para a população tomar decisões. No decorrer da análise realizada se evidencia de forma clara a falta de informação da comunidade referente ao assunto, o que nos faz acreditar que se fazem necessários mecanismos e estratégias que visem uma informação de qualidade, com tecnologia apropriada para os usuários do SUS, e sem dúvida, uma educação permanente para o exercício do controle social na saúde.

Palavras chave: Controle Social. Lideranças Comunitárias. Sistema Único de Saúde.

Referências

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul.set. 2007.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. M. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <WWW.scielo.com>. Acesso em: 29 abr. 2012.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papalivro, 1999.

LIMA, T. C. S., MIOTO, R. C. T., DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan./jun. 2007.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do Controle Social. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, maio/jun. 2007.

UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE TRABALHO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Greici Kelli Tolotti¹
Caroline Rossetto¹
Jéssica Borges do Canto¹
Daniane da Silva Krabbe¹
Debora Dalegrave²
Carla Argenta³

A Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) consiste em um modelo metodológico para a assistência de enfermagem, tendo como método de aplicação de sua teoria na prática o processo de enfermagem (PE) (HERMIDA et al., 2006). Objetiva-se discutir acerca da importância da SAE nas ações do enfermeiro no cuidado aos pacientes. A aplicação da SAE nas instituições tem por objetivo a utilização de um modelo assistencial de qualidade, e coerente com a realidade local, assim podendo manter uma assistência de enfermagem cada vez mais qualificada, que favoreça o cuidado ao indivíduo, família e comunidade, e que possa organizar todas as condições, para que este seja devidamente realizado. (BITTAR et al., 2006). A operacionalização da SAE se dá por meio da utilização do PE, o qual define-se como um conjunto de ações dinâmicas e interligadas, que exige do profissional enfermeiro habilidades reflexivas e críticas para a interpretação de informações, que permitam a focalização dos fatores mais relevantes e significativos inerentes à situação clínica atual do paciente, em todas as áreas de atuação em saúde, sendo considerado um método científico que atua como base para a prática clínica e qualificação da assistência em enfermagem, sendo um resultado indiscutível de sua utilização junto aos serviços de saúde, a melhoria na assistência holística ao cliente/paciente. (SMELTZER et al., 1999). O PE possui cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. (SMELTZER et al., 1999). Trata-se de uma ferramenta de trabalho utilizada para a identificação das necessidades de cuidado de enfermagem, bem como, um meio para documentar a prática profissional. Trata-se de um conjunto de ações divididas de acordo com as necessidades de interpretação perante os clientes/pacientes, famílias e comunidade. “O exame físico, etapa deste processo, é de extrema relevância na avaliação do paciente e na definição do diagnóstico de enfermagem, fornecendo subsídios para um planejamento da assistência de acordo com as necessidades e anormalidades encontradas.” (SOUSA et al., 1998). Atualmente, toda área de atendimento em saúde encontra-se em constante crescimento sendo que a utilização de novas tecnologias tem sido utilizada como base para o atendimento em algumas instituições, desde hospitalares até o atendimento junto às comunidades. No entanto, ainda há dificuldades nas instituições em adotarem na prática, todas as etapas do processo, principalmente na interpretação das informações colhidas dos clientes/pacientes, o que impossibilita o diagnóstico de enfermagem acurado e, por conseguinte uma intervenção adequada. Destaca-se que nas unidades básicas de saúde esta dificuldade também é evidenciada no sentido de adotarem a consulta de enfermagem como instrumento de trabalho do enfermeiro. O diagnóstico de enfermagem (DE) é a etapa que os enfermeiros encontram os maiores empecilhos para a aplicação na prática clínica, uma vez que apresentam dificuldades para analisar os dados coletados no histórico de enfermagem e no exame físico, para

¹ Acadêmicas do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

² Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva: Ênfase em Saúde da Família. Enfermeira Supervisora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

³ Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

que estes possam ser interpretados clinicamente, e só então serem relacionados aos respectivos diagnósticos. Contudo, sem um histórico de saúde e um exame físico completo, torna-se inviável uma assistência qualificada, pois estes são a base para a implantação sistematizada do PE. Para que haja o interesse dos acadêmicos de enfermagem em obter os conhecimentos necessários, e colocá-los em prática desde a vida acadêmica e, posteriormente na atuação profissional, é de suma importância que os docentes estejam devidamente capacitados e familiarizados com a aplicação do processo de enfermagem, sendo que, precisam reforçar o ensino da semiologia e semiotécnica, pois esta disciplina possui um amplo embasamento teórico/prático, o que estimula os acadêmicos a desenvolverem todas as etapas do PE, tendo consciência de que sua aplicação facilita a obtenção de melhores resultados pela assistência prestada ao indivíduo como um todo. A aplicação do PE junto às instituições tem como objetivo a utilização de uma tecnologia específica para a melhoria do cuidado de enfermagem. Diante disso, compreende-se que para obter informações coerentes no exame físico, são necessárias inúmeras habilidades que o profissional enfermeiro precisa ter como sua base técnico-científica, como os devidos conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, patologia clínica, psicologia, exames, e principalmente conhecimentos de semiologia e semiotécnica. Sabe-se que os enfermeiros que trabalham em hospitais encontram grandes dificuldades para realizar o exame físico completo de todos os pacientes. Em parte, trata-se de uma deficiência no aprimoramento da semiologia e semiotécnica, desde a inspeção, palpação, percussão e ausculta, e também a falta de questões importantes nos formulários utilizados para registro dos dados colhidos, bem como o excesso de tarefas realizadas durante o turno de trabalho dos enfermeiros, onde aumentam os problemas relativos à realização do exame físico completo. Neste contexto, se faz necessário uma otimização do tempo junto ao cliente/ paciente, sendo que nada impede de se fazer um exame físico voltado à queixa atual do paciente. No entanto, destaca-se que quanto mais informações e conhecimento acerca da condição de saúde do paciente, tornam-se mais confiáveis e eficazes os diagnósticos e as intervenções. Segundo Sousa et al., (1998) “o ensino do exame físico é um dos muitos problemas da enfermagem brasileira. Ele faz parte das funções e responsabilidades dos enfermeiros, pois o exame físico é um dos requisitos fundamentais para a consulta e prescrição de enfermagem, as quais estão determinadas legalmente como suas atividades privativas”. Alguns métodos devem ser utilizados para a implantação do PE, dentre os quais é necessário uma sequência lógica e sistematizada, observando-se cada caso clínico de maneira individualizada. Com base nos dados coletados na entrevista que se caracterizam como sinais e sintomas determina-se o DE, identificam-se então os problemas atuais ou potenciais do paciente passíveis de resolução pelas ações independentes da enfermagem, assim, por conseguinte o DE orienta o enfermeiro no desenvolvimento do plano de cuidados, e na avaliação das metas alcançadas pelas ações executadas. Pode-se afirmar que a utilização do PE proporciona um atendimento mais qualificado, com relação ao atendimento dos pacientes em todas as instituições de saúde, proporcionando um atendimento individualizado com base em evidências comprovadas e devidamente analisadas em cada caso específico. Portanto cabe ao profissional enfermeiro procurar acrescentar qualidade no cuidado prestado, para que desde a docência no ensino da tecnologia, e também na assistência direta ao paciente, possa ter ao seu alcance um plano de ação economicamente viável e principalmente eficaz para a tomada de decisões sobre o cuidado ideal a ser promovido em sua atuação. Assim, o PE proporcionará melhores resultados, bem como, maior visibilidade do trabalho promovido pelo enfermeiro, e também a avaliação da prática profissional. Sabe-se que dificuldades sempre irão ser encontradas na tentativa de implantação de uma tecnologia em todas as etapas do cuidado, porém o profissional enfermeiro precisa reconhecer os desafios como possibilidades de estimular a sua reflexão e ação perante os desafios de sua atuação.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Exame Físico. Sistematização da Assistência em Enfermagem.

Referências

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-28, out./dez. 2006.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 5, p. 675-9, set./out. 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1v.

SOUSA, V. D; BARROS, A. L. B. O ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 11-22, jul. 1998.

AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO RESIDENTES EM ÁREA RURAL: UMA NOTA PRÉVIA

Ana Carolina Fabris Laber¹
Carla Argenta²

A população idosa vem crescendo de maneira acelerada em nível mundial. No Brasil dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicam que 11% da população brasileira total (vinte milhões, quinhentos e noventa mil quinhentos e noventa e nove) estão dentro desta faixa etária. Entretanto, o simples aumento da quantidade de anos vividos não pode ser considerado uma conquista plena, já que além de viver mais é preciso que se viva bem. (IBGE, 2010). Na década de 1980 começa a ser estudada uma síndrome geriátrica que é denominada Síndrome da Fragilidade do Idoso (SFI), sendo caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que resultariam no declínio funcional dos idosos. Nas primeiras publicações a respeito da temática, a SFI era tida como uma condição comum aos indivíduos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, dependentes de outras pessoas. Atualmente, a SFI é entendida como uma síndrome clínica caracterizada pelo declínio funcional dos sistemas fisiológicos resultando na diminuição de energia e resistência do organismo deixando-o vulnerável aos fatores agressores. (FRIED, et al. 2001). A Política Nacional de Saúde da População Idosa (PNSPI) considera frágil ou em condição de fragilidade os idosos institucionalizados, que possuem histórico recente de internação hospitalar, possuem incapacidade funcional gerada ou não por patologia ou aqueles que sofrem de violência doméstica. (BRASIL, 2006). A SFI é considerada um grave problema de saúde pública no país, ao passo que o declínio funcional e cognitivo traz prejuízos à qualidade de vida dos indivíduos idosos, e fatores como o aumento do número de internações hospitalares causam um considerável déficit no orçamento público. Para auxiliar no combate à SFI, instrumentos passaram a ser desenvolvidos para avaliar a presença e os fatores relacionados a mesma. Fabrício-Wehbe (2008) validou, em sua tese de doutorado, a *Edmonton Frail Scale* (EFS) - Escala de fragilidade de Edmonton que avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A EFS dá uma pontuação mínima de 00 (zero) e máxima de 17 (dezesete) pontos, sendo que pontuações de 00 (zero) a 04 (quatro) pontos sugerem ausência de risco para o desenvolvimento da SFI, pontuações de 05 (cinco) a 06 (seis) pontos são sugestivas de vulnerabilidade aparente para o desenvolvimento da SFI, pontuações de 07 (sete) a 08 (oito) pontos sugerem SFI leve, pontuações de 09 (nove) a 10 (dez) pontos sugerem SFI moderada e pontuações de 11 (onze) a 17 (dezesete) pontos sugerem SFI severa. Neste contexto se desenvolveu o Projeto de Pesquisa intitulado “Análise dos domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton - EFS em idosos residentes em área rural”, com o objetivo de avaliar o índice de fragilidade dos idosos da área rural do município de Frederico Westphalen, e analisar os domínios da EFS e tendo como população alvo os indivíduos idosos residentes na área rural, participantes e cadastrados em Grupos de Idosos do município de Frederico Westphalen. Com isso destaca-se o objetivo deste resumo: Apresentar resultados preliminares acerca da SFI com idosos residentes em área rural. Para o cálculo de amostra deste estudo, optou-se pela utilização do método proposto por Hair et al. (2009) que considera ideal para uma pesquisa quantitativa a perspectiva de que para cada variável estudada, sejam observadas dez amostras. Dentro deste propósito,

¹ Acadêmica do VII semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. E-mail: anac.laber@gmail.com.

² Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Mda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br. Orientadora do resumo.

sendo a ESF composta por nove domínios, a amostra total deste estudo foi de 90 (noventa) indivíduos idosos. O método de amostragem escolhido foi o de conveniência, ao passo que participaram do estudo aqueles indivíduos idosos participantes de Grupos, que aceitaram fazer parte da pesquisa. No decorrer de todas as fases da pesquisa foi respeitado o que está previsto na Resolução 196/96, sendo que todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido que continha os objetivos e finalidades do estudo. A coleta de dados foi realizada a campo, sendo que os auxiliares de pesquisa visitaram os Grupos de Idosos da área rural do município de Frederico Westphalen no período compreendido entre agosto de 2012 e maio de 2013. Inicialmente se realizava uma explanação à respeito da SFI, explicavam-se os objetivos e finalidades da pesquisa e os indivíduos idosos eram convidados a participar. Pode-se perceber uma adesão satisfatória por parte dos sujeitos da pesquisa. De um total de 90 (noventa) amostras: - 44 (quarenta e quatro) amostras não apresentaram risco aparente para o desenvolvimento da SFI, o que corresponde a 48,89% do total; - 24 (vinte e quatro) amostras apresentaram vulnerabilidade aparente para o desenvolvimento da SFI, o que corresponde a 26,67% do total; - 13 (treze) amostras apresentaram a SFI leve, o que corresponde a 14,44% do total; - 08 (oito) amostras apresentaram a SFI moderada, o que corresponde a 8,89% do total; - 01 (uma) amostra apresentou a SFI severa, o que corresponde a 1,11% do total. O que pode ser percebido até o presente momento é um resultado satisfatório de ausência de risco para o desenvolvimento da SFI em um grande número de indivíduos idosos da área rural de Frederico Westphalen (48,89%). Contudo, se percebe um número considerável de indivíduos idosos com aparente vulnerabilidade ao desenvolvimento da SFI (26,67%) e de indivíduos que apresentaram a SFI propriamente dita nos três níveis – “leve”, “moderada” e “severa” – (24,44%). Estes índices sustentam a prerrogativa da necessidade deste estudo, que analisará – a partir de então – a relação dos domínios da EFS com as condições encontradas, para que os profissionais da Enfermagem, bem como de todas as outras especialidades das Ciências da Saúde, possam atuar de modo a prevenir a ocorrência da SFI, diminuindo a incapacidade funcional e cognitiva e ampliando a autonomia e consequentemente a qualidade de vida destes indivíduos. Este estudo, ainda que em desenvolvimento, dá margem à realização de projetos de prática assistencial que visem à prevenção da SFI, a manutenção da saúde dos indivíduos idosos e/ ou trabalhem com a busca da autonomia com indivíduos idosos frágeis ou em condição de vulnerabilidade para o desenvolvimento da SFI. Ainda, abre espaço para o desenvolvimento de estudos que abranjam a área urbana do referido município e áreas rurais de outros municípios, para que se possam fazer comparações a fim de aperfeiçoar a assistência aos indivíduos idosos de todas as áreas, regiões e localidades.

Palavras-chave: Idoso. Síndrome da Fragilidade no Idoso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FABRÍCIO-WEHBE SCC. **Adaptação cultural e Validação da Edmont Frail Scale (ESF)-escala de Síndrome da fragilidade em idosos**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem (EE/EERP), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FRIED LP, TANGEN CM, WALSTON J, NEWMAN AB, HIRSCH C, GOTTDIENER J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 56, n. 3, p. 146-56, mar. 2001.

HAIR JF; BLACK WC; BABIN BJ; ANDERSON RE; TATHAM RL. **Análise Multivariada de dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009, 688p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 22 mai. 2012.

O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Cláudia Eduarda Andrade Andriolli¹

Marcia Casaril dos Santos Cargnin²

Marinês Aires³

O ser humano desde seu nascimento participa de diferentes grupos, está em uma constante busca de sua identidade individual, no entanto necessita de uma identidade grupal e social. Objetiva-se apresentar o conceito de grupo e suas classificações, bem como o trabalho do Enfermeiro nessa área na temática de Educação em Saúde, auxiliando para uma melhoria na qualidade de vida da população em geral. O grupo é constituído por um conjunto de pessoas, e um conjunto de grupos constitui uma comunidade. Entendemos então que um grupo não é um mero somatório de indivíduos, mas sim uma entidade com leis e mecanismos específicos próprios. Berstein (1986) conceitua grupo como um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica. No grupo, cada participante tem o direito ao exercício da fala, sua opinião, seu ponto de vista e de seu silêncio; no entanto, mesmo em um grupo onde os objetivos são os mesmos, cada indivíduo possui sua identidade. O que determina a diferença dos distintos grupos é a finalidade para quais esses foram criados. Dessa forma os grupos foram subdivididos em: Operativos e Psicoterápicos. Os grupos operativos visam operar em uma determinada área, esse é subdividido em quatro campos, sendo esses, Ensino-Aprendizagem, Institucional, Terapêuticos e de Corrente Psicodramática. No grupo de Ensino-aprendizagem, o importante não é encher as cabeças com conhecimento, mais sim formar cabeças. Os Institucionais, tem como seu papel, promover uma integração entre os diferentes escalões ideológicos, trabalhando os problemas da comunidade. O Terapêutico auxilia na melhoria de alguma patologia do indivíduo, tanto em sua saúde orgânica quanto no psiquismo, esse tem enfoque na promoção da saúde, parte curativa do sujeito, reabilitação de pacientes portadores de patologia, utiliza de experiências de colegas de grupo como seu instrumento de trabalho. Na Corrente Psicodramática, é feita a dramatização, reconstituição dos problemas do indivíduo. Nos grupos Psicoterápicos, enquadrados a Corrente Psicanalítica, Teórico Sistêmico e Cognitivo Comportamental. A Corrente Psicanalítica, converge dos três princípios básicos de Freud, ou seja, a presença da resistência, transferência e interpretação. No Teórico sistêmico, o grupo funciona como sistema e cada pessoa influencia e é influenciada pelas demais. O Cognitivo Comportamental é baseado no behaviorismo, seu papel é treinar as habilidades, comportamentos, fazer uma transformação no estilo de viver, como exemplo um obeso desenvolvendo táticas para evitar o consumo exagerado de alimentos. O grupo, seja ele qual for, é uma forma dinâmica e eficaz de se trabalhar educação em saúde, logo esse é o seu principal enfoque. Além de identificar os tipos de grupo e a forma de trabalho que cada um desses realiza, é essencial que o profissional da saúde consiga estabelecer um tema a ser trabalhado e que esse não seja somente relativo a conceitos epidemiológicos mais também a problemas sociais e subjetivos. O trabalho de educação em saúde deve exigir uma participação ativa do sujeito, possibilitando a transformação necessária em suas atitudes. Dessa forma, é fundamental que o grupo exerça seu papel como orientador e acima de tudo como informante, levando conhecimento ao sujeito para

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

² Enfermeira Mestranda em Enfermagem (PPGENF/UFRGS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

³ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

então possibilitar a esse autonomia e habilidades para lidar com problemas relativos a sua saúde. O trabalho com grupos é uma atribuição da equipe no programa de Saúde da Família, e segundo Zimerman (apud DUCAN et al., 2004) esse favorece a troca de experiências e ajuda a desfazer o ciclo de ansiedade e temor. Para desenvolver o trabalho em grupo precisa-se de uma dinâmica, essa pode ser de apresentação, entrosamento dos indivíduo que compõem esse, em forma de brincadeira ou até mesmo exercício elaboral, seu papel è ampliar o autoconhecimento, fornecendo instrumentos que possibilitem o contato com os sentimentos, responsabilidade consigo mesmo a respeito de aspectos referentes a saúde, deve possibilitar uma autoavaliação do usuário e ao mesmo tempo auxiliar esse a expor suas dificuldades ao lidar com limites impostos pelas patologias, para assim ampliar sua parcela de responsabilidade no tratamento. Segundo Pereira (2003), a educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favorecem a manutenção da saúde e sua promoção. Essa é entendida não somente como transmissora de conteúdo, mais também auxilia na adoção de práticas educativas que buscam autonomia dos sujeitos, para que esses conduzam suas vidas, ou seja, desenvolvam um exercício pleno da cidadania. A promoção em saúde, trabalhada em grupos, serve como tática de prevenção, para evitar surgimento de qualquer condição mórbida. O objetivo principal é promover e conscientização crítica dos usuários a respeito de fatores relacionados ao estado de saúde seu e de todo o coletivo, identificar as raízes dos problemas que se deseja intervir, e então desenvolver planos de ação a fim de melhorar a qualidade de vida de todos através de mudanças em hábitos prejudiciais a saúde. Para que o trabalho com grupos seja eficaz, o tema abordado deve se adaptar as reais necessidades, capacidades, interesses e conhecimentos pré-existentes dos componentes do grupo. O enfermeiro é um profissional capacitado para trabalhar com grupos de educação em saúde. Hoje, seu trabalho é em grupos de hipertensos, idosos, gestantes, diabéticos, portadores de doenças crônico-degenerativas, no entanto existe a necessidade de trabalhar com publico como de jovens e adolescentes, com mulheres na prevenção das mais diversas patologias. Porem a dificuldade que esse profissional enfrenta quando trabalha com grupos, é o fato de que a saúde ainda encontra-se embasada em um modelo Biomédico, basicamente curativo, direcionado ao tratamento e não na prevenção de doenças. Através disso nos deparamos com a necessidade de capacitação e principalmente valorização dos profissionais que venham a desenvolver trabalhos com grupos, para isso deve-se proporcionar tecnologia e local próprio de trabalho. É fundamental que o trabalhador que desenvolva atividades com grupo, seja mais autónomo, que seja ultrapassada a ideia de modelo Biomédico, e imposta uma conduta por meio da atenção e prática de educação, visando a promoção da saúde dentro de toda sociedade. Precisa haver uma atenção ao usuário que esteja muito além de suas visitas periódicas às unidades de saúde, que ultrapasse a linha de entrega de medicamentos. Segundo Zimermam (apud SCOTNEY, 1981), a equipe de saúde na atenção básica deve atentar-se ao usuário, pois nas unidades de saúde as pessoas frequentemente ouvem, mas não compreendem, e não dizem que não compreendem, ouvem e pensam que compreendem, depois fazem as coisas de maneira inadequada, ou transmitem informações inadequadas, ouvem e compreendem, mas não ficam convencidas e não modificam seus hábitos, ou tomam qualquer iniciativa. Sendo assim fica claro que a atenção e atendimento ao usuário deve ir muito além do que é feito nas unidades de saúde, deve-se buscar conhecer cada vez mais o usuário e a realidade em que esse se enquadra, ganhar sua confiança, para então possibilitar a tomada de medidas necessárias e eficazes para garantir uma real melhoria em sua qualidade de vida. Logo, entendemos que, o trabalho com grupos deve ir muito além do ato de entregam medicamentos, esse deve servir para passar conhecimento, ajudar, incentivar o usuário a fazer o tratamento de maneira que esse seja eficaz, auxiliar o usuário no entendimento de sua patologia, instruir esse a lidar com seus limites de forma a conhecê-los. O papel do enfermeiro nos grupos é trabalhar com educação em saúde, e acima de tudo, tornar o sujeito responsável pelo seu estado de saúde, fazendo com que esse abandone o conceito discriminativo de doença, e buscando uma melhor qualidade de vida, respeitando suas limitações,

dentro de suas reais necessidades. É facilitar o entendimento da população em geral e conscientizar as pessoas, que sua participação na educação em saúde é um exercício de cidadania.

Palavras-chave: Grupo. Educação em Saúde. Enfermagem.

Referências

CHAVES, F. L., et al. Experiências com Grupos na Estratégia da Saúde da Família: Contribuições da psicologia. **Revista de Políticas Públicas**. Sobral, V.8, n.2, jul./dez.2009.

COMBINATO, D. S., et al. “Grupos de Conversa”: Saúde da Pessoa Idosa na Estratégia da Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**. 2010.

SANTOS, L. M., et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**. Florianópolis, 2006.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. São Paulo, v.4, n.4, dez/2007.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ÂMBITO DA NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM

Tatiane Salete Soder¹
Taís Fátima Soder²
Marcia Andrea Fernandes²
Carla Argenta³
Elis Regina Boita⁴

As doenças cardiovasculares, atualmente, são um problema de saúde pública em todo o mundo e contribuem com a morbimortalidade, sendo uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e gastos hospitalares e sociais aqui no Brasil. Essa abrangência demográfica atingida pelas doenças cardiovasculares se evidencia devido ao processo chamado de Transição Epidemiológica, onde se observa um declínio na mortalidade por doenças infecciosas e um aumento na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Também, o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, a maior exposição aos fatores de risco. Além das mudanças no estilo de vida, a industrialização e a urbanização podem estar relacionadas a esta maior incidência. O objetivo proposto por este estudo corresponde em divulgar o assunto aqui relatado brevemente, e instigar outros pesquisadores e leitores a estudarem o assunto aqui defendido como um instrumento que vai muito além do modelo biomédico, propiciando uma promoção de saúde que estimule a autonomia e autocuidado do indivíduo a fim de prevenir a doença em questão. Além disso, cabe ressaltar que se faz necessária a inserção de uma equipe multidisciplinar para que se realize uma intervenção oportuna, eficaz e viável a esta patologia. As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas doenças crônico-degenerativas, nas quais se incluem as neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes Mellitus. Tendo como característica a etiologia múltipla, associada a deficiências e incapacidades funcionais, que são potencializadas por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, estes são determinantes na limitação da qualidade de vida da população e na magnitude da morbimortalidade destas doenças. Tendo como característica a etiologia múltipla, associada a deficiências e incapacidades funcionais, que são potencializadas por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais (PEREIRA et al., 2011). Apropriando-se deste conceito, é relevante salientar que a gênese das doenças cardiovasculares é multifatorial, pois inclui vários fatores de risco. Desta forma, como consta no Caderno de Atenção Básica da Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares do Ministério da Saúde, destacam-se tais fatores: História familiar de DAC prematura; Idade (Homem >45 anos e mulher >55 anos); Tabagismo; Hipercolesterolemia; Hipertensão arterial sistêmica; Diabete Mellitus; Obesidade; Gordura abdominal; Sedentarismo; Dieta inadequada; Estresse psicossocial (BRASIL, 2006). Sabe-se que muitos desses fatores podem ser controlados, e é neste cenário que as medidas preventivas ocupam lugar de destaque, em função da prevenção precoce associada a uma maior longevidade e qualidade de vida que oportunizam. Como afirma Mendes et al. (2006, p. 2), “o controle do tabagismo é uma das medidas que do ponto de vista da saúde coletiva, provocaria maior impacto na redução das taxas de morbimortalidade das doenças cardiovasculares”. As mudanças no estilo de vida da população estão diretamente ligadas a

¹ Acadêmica do V Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen. E-mail: tati.soder@hotmail.com.

² Acadêmicas do V Semestre do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen.

³ Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

⁴ Mestre em Educação. Professora do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Frederico Westphalen.

alterações na relação saúde-doença, o que por sua vez pode ser evidenciado pela ausência de atividade física é um hábito de aquisição relativamente recente na história da humanidade, bem como hábitos alimentares excessivamente calóricos, com ingestão abusiva de sódio, açúcar, gorduras saturadas e trans. e consumo reduzido de frutas e verduras. A estratégia de suporte nutricional nesses casos de pacientes que apresentem doenças cardiovasculares associadas a fatores de risco seria uma intervenção precoce, diagnóstico da situação nutricional de cada paciente, acompanhamento, histórico clínico e elaboração do plano alimentar que promova o balanço positivo entre a oferta e demanda de nutrientes. A partir da doença instalada o enfoque nutricional seria o controle dos fatores de risco, principalmente através da reeducação alimentar que busque o controle dos níveis lipídicos, glicemia, entre outros aspectos, além da promoção de equipe multiprofissional. Nesse contexto, as intervenções visando hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis, como métodos de combate não só às doenças cardiovasculares, mas como outras doenças crônicas, devem ter início durante a infância, tendo essa fase uma maior facilidade de adesão a esses hábitos. Souza et al., (2011), afirma que “o acompanhamento por equipe multiprofissional de saúde tem se tornado fator primordial para obtenção de melhores prognósticos. Condutas conjuntas entre as distintas profissões proporcionam vantagens aos pacientes além de favorecer a interdisciplinaridade que gera enriquecimento profissional e da qualidade dos serviços prestados”. Os cuidados de enfermagem necessários, aplicações terapêuticas realizadas para a recuperação de saúde desses pacientes visam uma melhora do quadro clínico do mesmo e que possibilite também potencializar uma qualidade de vida a eles. A partir dos dados mencionados anteriormente, pode-se perceber que as doenças cardiovasculares atingem grandes proporções populacionais, causando diversas complicações à saúde dos indivíduos e maiores custos econômicos aos sistemas de saúde e às famílias, devido a sua alta morbimortalidade. Desta forma, destacamos a importância do tratamento e recuperação dos pacientes com DCV, enfatizando, porém, que a promoção da saúde merece destaque das políticas públicas na redução do número de doenças cardiovasculares que poderiam ser prevenidas. A ciência da nutrição no que diz respeito a esta patologia, está diretamente associada à prevenção e combate a muitos dos seus fatores de risco, através de ações educativas que propiciem um maior conhecimento a população sobre a patologia em questão, além da orientação de hábitos de saúde e alimentação saudável na promoção de saúde, bem como a prática de dietoterapia na recuperação de pacientes. Já em relação à função do profissional enfermeiro no âmbito da patologia em estudo está vinculada a intervenção dos cuidados de enfermagem tanto na prevenção da doença e promoção da saúde da coletividade, como também, nos cuidados e diagnósticos quando a doença já está instalada. Vale ressaltar, neste aspecto que a enfermagem tem papel articulador no que se refere à equipe de saúde. Enfatizamos o relevante papel que cada área da saúde assume, como fundamental para melhor assistência, cuidado e tratamento do paciente com doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Equipe Multiprofissional. Enfermagem e Nutrição.

Referências

MENDES, M. J. F. et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de saúde Materna Infantil**, Recife, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

PEREIRA, J. M. V., CAVALCANTI, A. C. D., SANTANA, R. F., CASSIANO, K. M., QUELUCI, G. C., GUIMARÃES, T. C. F. Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Escola Anna Nery**, out./dez. 2011.

SOUZA, F. O. et al. Estudo de caso: atenção multiprofissional em cirurgia cardiovascular. Jornada de Enfermagem em Cardiologia **Revista Brasileira de Cardiologia**, Congresso de Cardiologia da SOCERJ Rio de Janeiro, ago. 2011.

LEUCEMIAS

Juliane Pereira Soares¹
Tatiane Salete Soder¹
Odilara Centenaro¹
Carla Argenta²

A leucemia é uma doença conhecida eruditamente como “câncer no sangue”, e a origem de sua patologia se dá no processo de hematopoiese - processo complexo de formação, diferenciação e maturação do sangue - na leucemia a célula não completa o processo de maturação ou diferenciação, ou seja, ela é liberada na circulação de forma imatura (blastos), além de ocorrer uma produção exagerada dessas células patológicas, prejudicando e diminuindo a produção das células normais. O objetivo deste estudo é refletir sobre o distúrbio hematológico, a Leucemia, suas causas e tratamento, bem como, os cuidados de enfermagem para pacientes portadores desta doença. A Leucemia é uma das patologias mais prevalentes na atualidade, pelo grande perfil epidemiológico que vem apresentando. Devido a isso, o enfermeiro necessita conhecer as características desta patologia e destinar cuidados de enfermagem apropriados para proporcionar o bem estar ao paciente, sua melhora no diagnóstico, e uma melhor qualidade de vida. A formação e maturação das células sanguíneas é um processo complexo, é denominada hematopoiese, que ocorre principalmente na medula óssea. As células-tronco pluripotentes podem diferenciar-se em mielóides ou linfóides, que sofrem um processo de diferenciação e maturação. As células mielóides são responsáveis por todos os leucócitos mielóides (neutrófilo, macrófago/monócito, eosinófilo, basófilo, e mastócito) além das plaquetas e hemácias. Já as células-troncos linfóides são responsáveis pelos leucócitos linfóides (linfócito T, e linfócito B/plasmócito). Dessa forma, o defeito origina-se na célula-tronco hematopoiética e o aspecto comum das leucemias é uma proliferação desregulada dos leucócitos na medula óssea, na célula-tronco mielóide ou na célula-tronco linfóide, que normalmente são incapazes de finalizar sua maturação. Essa proliferação de células leucêmicas deixa pouco espaço para as células normais. Existem evidências de que a genética e a patogenia viral devem estar envolvidas na sua causa, além da lesão na medula óssea, a exposição à radiação, ou substâncias químicas como o benzeno. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas de novos casos em 2012 são de 8.510, sendo 4.570 homens e 3.940 mulheres, com um índice de mortalidade alto. INCA (2012). As leucemias são classificadas de acordo com a linhagem célula-tronco envolvida, que pode ser mielóide ou linfóide. Além disso, também são classificadas em agudas ou crônicas, com base no tempo que os sintomas demoram a evoluir e na fase do desenvolvimento celular em que elas param. Na fase aguda o início dos sintomas é abrupto, o desenvolvimento do leucócito é incompleto e estancado na fase de blasto (célula jovem/imatura), nesta fase há uma progressão muito rápida. Já na fase crônica, a leucemia progride lentamente, os sintomas vão evoluindo, no início a maioria dos leucócitos são maduros, mas, conforme a evolução da doença, ela pode progredir para aguda. Smeltzer e Bare (2002) mencionam que ela pode ser: Leucemia Mielóide Aguda (MLA) esse tipo de leucemia acomete todas as células mielóides, ou seja, os leucócitos (neutrófilo, macrófago/monócito, eosinófilo, basófilo, e mastócito), as plaquetas e hemácias. Dentre as manifestações clínicas destacam-se: febre e infecção; neutropenia; fraqueza e fadiga; anemia; tendência à hemorragia; trombocitopenia; hematomas; hepatoesplenomegalia; hiperplasia das gengivas; dor óssea causada pela expansão da medula; equimoses e petéquias; riscos de infecções. A Leucemia Mielóide Crônica (LMC), origina de uma mutação da célula-tronco

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS. E-mail: enf17512@uri.edu.br.

² Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

mieloide. As células normais mieloides continuam a ser formadas, mas há preferência pelas imaturas, coexistindo assim, formas blásticas e maduras. Por isso, a medula se expande para dentro das cavidades dos ossos longos causando dor, e hepatoesplenomegalia. As manifestações clínicas normalmente são assintomáticas (se é detectado leucocitose é por um hemograma realizado por outro motivo); mas, pode ocorrer indisposição, anorexia, perda de peso; falta de ar e confusão devido à perfusão capilar diminuída para os pulmões e cérebro consequente a leucoestase. A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) promove a proliferação descontrolada de linfoblastos. Acomete mais meninos, a incidência máxima é aos quatro anos e a idade crescente está associada à sobrevivida diminuída, sendo incomum depois dos 15 anos de idade. As manifestações clínicas são trombocitopenia e anemia. Os leucócitos podem estar altos ou baixos, mas sempre menos proporcionais aos linfoblastos; hepatoesplenomegalia, dor óssea, cefaleia e vômitos (infiltração das células leucêmicas em outros órgãos, além de envolvimento meníngeo). A Leucemia Linfóide Crônica (LLC) é mais comum nos idosos. Esta apresenta células maduras, causando acúmulo excessivo na medula e circulação. Nos estados mais avançados podem surgir anemia e trombocitopenia, além de complicações autoimunes tais como a anemia hemolítica autoimune e púrpura trombocitopênica idiopática, e podem-se destruir os próprios eritrócitos e plaquetas. Pode ser assintomático; pode ocorrer linfocitose; linfandonepatia; hepatoesplenomegalia; febre, sudorese intensa, perda de peso; riscos a infecções; alergia. Leucemia Bifenotípica conforme indicado pela ABRALE (2012), os marcadores estão expressos nos blastos geralmente em mais de uma linhagem, e a doença pode ter início nas células mais indiferenciadas, isto é, antes de se diferenciar em linfóide ou mieloide. Se estes casos representam a expressão do gene ou a transformação aberrante de uma célula mãe pluripotente é desconhecida. (ABRALE, 2012). Os cuidados de enfermagem que julgamos necessários compreendem o autocuidado, ingesta nutricional, a prevenção de alguns agravos, questões referentes á neutropenia e trombocitopenia que levam ao sangramento e infeções sendo um das causas que mais levam os pacientes ao óbito, entre outros muito cuidados que não citamos aqui, sendo também essenciais. Assim sendo os cuidados destacados aqui conforme Smeltzer e Bare (2002) são: o exame completo da mucosa, dentaduras devem ser removidas; escovas de dente macias devem ser empregadas, e quando houver neutropênias e trombocitopenias consideradas, estas devem ser substituídas por cotonete de algodão; a ingesta nutricional é reduzida por causa da dor e desconfortos da estomatite. O cuidado bucal deve haver antes e depois das refeições, e a administração de analgésicos antes da alimentação podem ajudar a aumentara ingesta; ingesta pequenas e frequentes de alimentos macios e com temperaturas elevadas podem ser tolerados. Dietas pobres em antimicrobianos podem ser prescritas; monitorar o estado hídrico diário; pacientes com leucemia aguda precisam manter alguma atividade física e exercício para manter o condicionamento que resulta em inatividade; fisioterapia; é importante ajudar a manter uma esperança realista; estimular fazer o máximo possível de medidas de higiene; educar sobre a fisiopatologia, seu tratamento e riscos significativos de infecção e sangramento; o paciente e a família precisam ter uma clara compreensão da doença e do prognóstico; não permitir que alguém gripado ou com faringite cuide do paciente, ou entre no quarto ou até na casa (entre em contato); cuidar dos pacientes neutropênicos antes de cuidar dos outros; realizar higiene corporal total meticulosa diariamente (preferível com solução antimicrobiana) incluindo o cuidado perineal depois das evacuações; evitar o ressecamento da pele com lubrificantes hidrossolúveis, principalmente nas áreas de alto risco; inspecionar os locais de IV a cada plantão, monitorar rigorosamente sinais de desconforto, eritema; acolchoar as grades laterais da cama; administrar plaquetas, plasma fresco congelado, papa de hemácias, conforme a prescrição. Devido ao exposto, consideramos que o cuidado, que é e o enfoque na nossa profissão, são de extrema relevância para a profilaxia de certos agravos provenientes da leucemia destinando um cuidado humanizado em saúde, medidas de conforto, cuidados específicos para manutenção da saúde, ou melhora da doença.

Palavras-chave: Leucemia. Distúrbios Hematológicos. Leucócitos.

Referências

ABRALE. **Detalhes sobre o Câncer Infantil Leucemia Infantil.** Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de Câncer Leucemia.** Ministério da Saúde, 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem Médico-cirúrgica;** Rio de Janeiro: 2002.

STANDRING, SA. **Base anatômica da pratica.** Rio de Janeiro: 2010.

ANEMIAS

Odilara Centenaro¹
Tatiane Salette Soder¹
Juliane Pereira Soares¹
Carla Argenta²

A anemia, não é propriamente uma doença, mas um conjunto de sinais e sintomas devido a uma disfunção na hemácia que transporta oxigênio, fundamental ao nosso corpo. Essa disfunção pode ser a diminuição da produção, um aumento da destruição das hemácias, ou a perda das mesmas. O objetivo deste resumo é dissertar acerca dos distúrbios hematológicos, as anemias, a fim de conhecer sua patologia, enfocando os cuidados de enfermagem que julgamos necessários para proporcionar o bem estar do paciente, sua melhora no diagnóstico, e uma melhor qualidade de vida. A anemia, uma condição de saúde na qual o nível de hemoglobina está abaixo do normal e se caracteriza por um numero de hemácias abaixo do normal na circulação sanguínea. Como resultado a quantidade de oxigênio transportado para os tecidos do corpo fica diminuída. As causas mais comuns da patologia estudada podem ser: perda de hemácias, como por exemplo, o sangramento do trato gastrointestinal, útero, nariz ou ferida, bem como a menstruação; diminuição da produção de hemácias que podem ocorrer devido a uma supressão da medula óssea devida a uma subprodução de hemácias pela falta de ácido fólico, vitamina B12 e ferro; ou ainda pode ser causada pelo aumento da destruição das hemácias pela superatividade do SER (sistema reticulo endotelial). As anemias de modo geral podem ser classificadas em hipoproliferativas (defeito na produção de hemácias) ou anemia hemolítica (destruição das hemácias). Nas anemias hipoproliferativas se destacam a anemia por deficiência de ferro, se origina quando a ingestão de ferro é inadequada para a síntese de hemoglobina, é o tipo mais comum de anemia em todos os grupos etários de todo o mundo. Como o corpo pode estocar cerca de um quarto a um terço de seu percentual de ferro, é só quando esse estoque é consumido que a anemia por deficiência de ferro tem início. Os pacientes que sofrem de alcoolismo crônico, geralmente tem perda de sangue crônica do trato gastrointestinal, o que causa perda de ferro e uma anemia eventual. Outras causas incluem má absorção de ferro como visto após uma gastrectomia ou na doença celíaca. As manifestações clínicas são, língua macia, feridas, unhas quebradiças, e enrugadas e queilose angular (ulceração no canto da boca). O tratamento de enfermagem para esta patologia consiste em uma educação preventiva, orientações quanto a fontes alimentares ricas em ferro, além de ingerir uma fonte de vitamina C que aumenta a absorção do mesmo. Encorajar o paciente a continuar com a terapia de ferro até quando ela foi prescrita mesmo que não sintam mais fadiga. Outra anemia hipoproliferativa é a Anemia aplástica, mais rara, causada pela diminuição das células tronco da medula óssea, pela reposição da medula por gordura causando dano a essas células, causando também neuropenia e trombocitopenia. As manifestações geralmente são insidiosas, podem ocorrer infecções e os sintomas da anemia (fadiga, palidez, dispneia), e púrpura. O tratamento de enfermagem consiste primariamente nos cuidados quanto aos sinais de infecções e sangramento. A Anemia megaloblástica é causada pela deficiência da vitamina B12 ou ácido fólico, que são vitaminas essenciais para a síntese normal do DNA, dessa forma as hemácias produzidas são anormalmente maiores, por isso o seu nome, além de ocorrer hiperplasia da hemácia, as células mieloides também são anormais e de aparência bizarra. O ácido fólico também é necessário para a produção das hemácias. Os sintomas da deficiência de ácido fólico e vitamina B12 são muito

¹ Acadêmicas do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS. E-mail: odicentenaro@hotmail.com.

² Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

similares, e as duas anemias podem coexistir. A gestante precisa de uma dieta com suplementos de ácido fólico e vitamina B12 para ajudar na formação do feto, com ingestão de fontes alimentares ricas em ferro. Algumas doenças como a de Crohn, vegetarianos, entre outros, podem desenvolver esta anemia assim como a ferropriva. Os pacientes começam a mostrar sinais de anemia, e aqueles com anemia perniciosa desenvolvem uma língua vermelha, dolorida e macia, assim como uma diarreia moderada. Eles são extremamente pálidos, principalmente nas membranas. Podem apresentar dificuldades em manter o equilíbrio. Os cuidados referentes à enfermagem correspondem a inspecionar a pele e as membranas. Icterícia branda pode estar aparente, o vitiligo (perda da pigmentação de parte da pele) e um cabelo grisalho prematuro são frequentemente vistos na anemia perniciosa. A língua é macia, vermelha e ferida. Por causa das complicações neurológicas associadas com essas anemias, um histórico neurológico cuidadoso é importante. A enfermeira dá uma atenção especial à deambulação e avalia o passo do paciente e sua estabilidade. Destaca-se o cuidado domiciliar e comunitário onde a enfermeira precisa avaliar a necessidade de aparelhos de ajuda (bengalas, andadores), e a necessidade do paciente de receber apoio e orientação para lidar com as atividades da vida diária. No que se refere às anemias hemolíticas, as mais frequentes, destaca-se: anemia falciforme que é uma anemia hemolítica grave resultante de um defeito hereditário do gene hemoglobina em foice (HbS). Esse gene causa um defeito na molécula de hemoglobina. A célula que contém hemoglobina S perde sua forma redonda, ficando deformada, rígida e em forma de foice, podendo alojar-se nos pequenos vasos ou empilhar-se umas contra as outras diminuindo o fluxo de sangue para um órgão podendo causar isquemia e infarto. O gene HbS é hereditário nas pessoas de origem africana e, em menor grau, nas originárias do Oriente Médio, Mediterrâneo bem como nas tribos aborígenes da Índia. Se duas pessoas com traços de anemia falciforme têm filhos, as crianças podem herdar dois genes anormais. Essas crianças irão produzir somente hemoglobina S e, dessa forma, terão anemia falciforme. As manifestações clínicas e complicações resultam em hemólise crônica ou trombose, icterícia, taquicardia, sopros cardíacos, cardiomegalia, disritmias, insuficiência cardíaca, susceptíveis a infecções pneumônicas, osteomielite, AVC, IR, impotência, hipertensão pulmonar. Os cuidados de enfermagem constituem-se em avaliar o Histórico – sintomas de infecção e desidratação. Os níveis da dor devem ser monitorados em uma escala de 0 a 10. O sistema respiratório precisa ser avaliado cuidadosamente, incluindo ausculta dos sons respiratórios, mensuração dos níveis de saturação do oxigênio, sinais de falência cardíaca. Talassemias são disfunções hereditárias associadas com um defeito na síntese da cadeia de hemoglobina. As talassemias são caracterizadas pela hipocromia (diminuição anormal de hemoglobina dos eritrócitos), extrema microcitose (eritrócitos menores que o normal), destruição dos elementos sanguíneos (hemólise) e graus variados de anemia. As talassemias são classificadas de acordo com a cadeia globulínica diminuídas: alfa e beta, as alfas são mais brandas e assintomáticas do que as betas. Se a talassemia não for tratada desenvolve a forma grave (talassemia maior/anemia Cooley) que pode ser letal nos primeiros anos de vida, pois é uma anemia intensa, ocorre hemólise e eritropoese ineficaz, essa doença é potencialmente curável por transplante de medula óssea se este for realizado antes que haja danos no fígado. Acreditamos que as informações deste trabalho possam contribuir para o esclarecimento e entendimento das anemias, bem como, possam orientar os profissionais enfermeiros quanto aos cuidados de enfermagem aos portadores desta condição clínica.

Palavras-chave: Anemia. Hemácia. Enfermagem.

Referências

SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: 2002.

SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica, 2005.

SPECER, Alexander P. **Anatomia Humana Básica**. 1991.

STANDRING, Susan A. **Base Anatômica da Prática**. Rio de Janeiro, 2010.

PROMENOR, UMA VISÃO REFLEXIVA E HUMANÍSTICA

Simone Perlin¹
Djulia Rosa da Silva¹
Geni Maria Quatrin²

A infância e a adolescência são os momentos em que as modificações que vão moldar um indivíduo estão começando a aparecer. Um pleno desenvolvimento e um crescimento saudável dependem do meio em que essa faixa etária está inserida. Em um ambiente favorável, com acesso a alimentação de boa qualidade, moradia, educação e capacitação profissional a criança e o jovem consegue se desenvolver de maneira saudável e conquistar um lugar na sociedade. Entretanto as realidades atuais da maioria das crianças e jovens brasileiros se resume em poucas condições financeiras, pouca instrução dos pais, deficiência no ensino e falta de locais para a recreação; esta que além de promover a interação com um mundo diferente com que os jovens e as crianças tinham contato, serve também para ocupar o tempo quando elas não estão na escola. O tempo antes ocioso se torna um momento onde esse indivíduo pode se socializar e tomar conhecimento de que pode se mudar; ao invés de estar na rua, se ocupando com coisas não construtivas, esse jovem e essa criança têm a oportunidade de fazer suas próprias escolhas em cima de sua aprendizagem. A cidade de Frederico Westphalen conta com a instituição filantrópica Promenor, que atende crianças carentes, ocupando o tempo livre com atividades proveitosas e enriquecedoras. O acompanhamento e assistência na primeira infância são muito importantes para a saúde e também na formação de um indivíduo. O ser humano não se torna um ser social sozinho, para ser tal ele precisa que a geração anterior o guie e o apoie nessa mudança; apoio este que depende da família e também da sociedade. Na maioria das famílias do país, esse acompanhamento é precário ou inexistente, poucos recursos financeiros, o esquecimento de políticas de incentivos, a falta saneamento básico e o pouco acesso à informação de boa qualidade, são alguns dos males que essas famílias enfrentam. Para os pais poderem trabalhar, as crianças e os jovens ficam no ócio na rua, ficando uma grande parcela do seu tempo livre mal ocupado sem a supervisão de um responsável, ficando expostas a influencias negativas. A criação de espaços onde essas crianças e jovens tivessem a oportunidade de se ocupar, e que pudessem realizar uma atividade física, aprender computação e ter reforços escolares é muito importante. O Promenor – Sociedade Frederiquense de Promoção ao Menor é uma instituição, de caráter Filantrópico, criada em 1969, que atende crianças carentes na faixa etária de um a quatorze anos, onde ali é oferecida alimentação, acesso à saúde, assistência pedagógica, religiosa e integração com a sociedade. As crianças e os jovens passam um período na instituição quando voltam da escola, ou antes, de ir à mesma. No dia 26 de março o 3º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI- Campos de Frederico Westphalen, juntamente com a professora Geni Maria Quatrin de Oliveira que leciona Parasitologia Humana, no curso, realizou uma visita onde foi apresentada à turma parte das instalações e as atividades que se realizava na instituição, também foram apresentadas um grupo de crianças que estavam presentes naquela tarde da visita. No decorrer da tarde os acadêmicos tiveram a oportunidade de conhecer melhor as crianças, que por incentivo da professora que os acompanhava, relataram um pouco sobre a realidade que elas vivem em casa, como a falta de saneamento e a moradia precária. Permitindo que os acadêmicos relacionassem com a incidência de doenças parasitárias e fornecendo informação ao grupo de crianças. No final da visita foram realizadas atividades lúdicas. Na despedida uma característica chamou atenção, a

¹ Acadêmicas do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen.

² Farmacêutica. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen.

mudança dos semblantes, os que antes apresentavam um misto de receio e vergonha, se transformaram em sorrisos e gratidão. Isso pode indicar que além de dificuldades financeiras aquelas crianças são carentes de atenção e carinho, podendo ser um déficit dos pais por não terem tempo ou por seguirem os métodos de criação que eles foram submetidos. Demonstrando a importância da incrementação de instituições como essa, que se tornam vitais para a formação saudável das crianças e jovens mais carentes, pois ocupam o tempo livre com atividades enriquecedoras, introduzindo-as na sociedade e as afastando da realidade dura de criminalidade e drogas das ruas. Também mostrando a importância do trabalho voluntário que levam o conhecimento de forma lúdica, onde uma simples brincadeira, um sorriso e um abraço, podem mudar o dia de uma criança, trazendo o bem estar tanto a ela quanto ao voluntário. A mudança começa pelas novas gerações, as crianças que frequentam a instituição se diferem das que ainda ficam na rua, a eles são dadas as oportunidades de iniciar uma mudança que sendo incentivadas e fornecidas as ferramentas principais, com os objetivos de transformação da atual situação, eles podem crescer e ter uma realidade diferente do que veem todos os dias. Tudo depende de quanto se interessarem e aproveitarem as oportunidades que elas mesmas podem construir. O futuro de uma nação não depende exclusivamente do que o governo fornece à população, mas sim da maneira como a própria população vai fazer para se beneficiar. A visita enriqueceu não somente a disciplina como também permitindo que se pudessem passar uma parcela dos conhecimentos às crianças e também pra nos aproximar a uma realidade diferente do nosso dia a dia, e mostrando que as oportunidades podem ser criadas e aproveitadas e tudo depende do querer mudar da nova e também da atual geração. A visita instigou a mente dos acadêmicos, incentivando-os a refletir a sociedade atual, e em formas de modificá-la, torná-la humana, mais voltada ao ser não ao ter. Na política de desenvolvimento atual onde número que o governo estipula é importante do que os resultados em si. Formamos muitos com pouco conhecimento tanto científico quanto ético. A mudança vem da união de profissionais diferente, mas com objetivos iguais. Instituições como o Promenor, dão oportunidades únicas a indivíduos que têm um só defeito, a falta de amparo de um governo e de uma sociedade que se demonstra indiferente a essa situação.

Referências

BELLONI. M. L. Infância, Mídias e Educação: revisitando o conceito de socialização. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 57-82, jan./jun. 2007.

ROSA. L. et al. Caracterização das famílias de crianças e adolescentes participantes do programa AABB comunidade desenvolvido no PROMENOR em Frederico Westphalen. **X Salão de Iniciação Científica**, PUCRS, 2009. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_da_Saude/Enfermagem/70619-LISIANE_DA_ROSA.pdf>.

VIVÊNCIA PRÁTICA RELACIONADA À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Fabris Laber¹
Marília Paula Land da Silva¹
Marines Aires²
Marcia Casaril dos Santos Cargnin³

A Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 em seu Artigo 196, aborda que “[...] Saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. A partir disso os profissionais e estudiosos das ciências da saúde passam a olhar de maneira especial às minorias, quando passa a ser dada maior atenção à causa indígena. A CFB enfatiza os direitos dos povos indígenas, no que se refere à capacidade civil plena, estabelecendo à União o dever de legislar e tratar da questão indígena (BRASIL, 1988). A população indígena brasileira é de cerca de 370.000 pessoas, que estão dispostas em todos os estados do Brasil, exceto Piauí e Rio Grande do Norte (REF). O propósito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, criada a partir da Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002, é garantir à população indígena a integralidade na assistência à saúde, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus aspectos, considerando e reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Dentre as diretrizes desta política se destacam recursos humanos para a atuação intercultural, monitoramento das ações de saúde, articulação dos sistemas tradicionais indígenas, promoção ao uso adequado e racional dos medicamentos, promoção de ações específicas em situações especiais, promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena. (BRASIL, 2002). Na disciplina de Saúde Coletiva II foi proposto um trabalho que abrangesse as políticas e os programas de atenção à saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Para explanação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi escolhido o município de Vicente Dutra. Segundo dados do IBGE (2010), existem no Município oitenta e nove pessoas que se consideram indígenas, o que corresponde à 1,68% da população total. Corroborando com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) no Brasil 0,2% da população é composta por pessoas indígenas o que significa dizer que a média da população indígena é maior do que a média nacional se levarmos em consideração o número de habitantes locais. Contudo este é um dado de difícil precisão já que as pessoas de origem indígena costumam mudar de cidade com frequência. Dados da Unidade de Saúde Indígena indicam que atualmente existem cerca de cento e cinquenta índios na reserva indígena do município, que estão dispostos em trinta e quatro famílias. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência dos acadêmicos acerca do desenvolvimento do estudo e visita técnica à reserva indígena do Município de Vicente Dutra. Inicialmente se realizou uma pesquisa bibliográfica para contextualização teórica do assunto. Para que a realização da visita à reserva indígena do Município se tornasse possível, inicialmente pediu-se a autorização do líder indígena local. Foram realizadas conversas guiadas por entrevistas semiestruturadas com o Secretário de Saúde e a equipe da Unidade de Saúde Indígena local, todos os entrevistados assinaram um termo de

¹ Acadêmicas do VII semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. E-mail: anac.laber@gmail.com.

² Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: maires@uri.edu.br. Orientadora do resumo.

³ Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Mestranda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos registros fotográficos e das conversas para fins didáticos. A equipe de saúde da reserva indígena do município é composta por uma Enfermeira e uma Técnica de Enfermagem, que desenvolvem uma série de ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças. Dentre essas ações se destacam as que estão previstas nas políticas nacional e estadual de atenção à saúde dos indígenas, que abrangem a Política Nacional de Atenção à Saúde das Crianças e o Programa Viva Criança com pesagem, Índice de Massa Corpórea (IMC), complementação com ferro (quando necessário), complementação com leite em pó e multimistura em caso de baixo peso (não há nenhum caso na reserva), incentivo ao aleitamento materno, entre outros, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com preventivos, palestras de educação em saúde (DST, métodos anticoncepcionais – ainda existe bastante uso dos chás do mato para essa finalidade – e aborto). Existe bastante resistência por parte das mulheres para que realizem o preventivo e o pré-natal, mas é preciso sensibilizá-las, Saúde Bucal com entrega de escovas e creme dental e realizadas orientações. Algumas ações previstas na política ainda não são desenvolvidas na reserva indígena do município, como o Primeira Infância Melhor (PIM) e grupos de Saúde Mental. Não existe adesão satisfatória às imunizações devido a questão cultural, mas são desenvolvidas ações de sensibilização neste contexto. Quanto às ações relativas à prevenção de Doenças Transmissíveis Agudas e DST/ Aids são realizados preventivos, palestras de educação em saúde com bastante resistência por parte das mulheres para que realizem o preventivo e o pré-natal, mas é preciso. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas destaca a consideração ao Sistema Tradicional de Saúde Indígena. Para a equipe da Unidade de Saúde Indígena de Vicente Dutra este é um importante ponto a ser considerado, contudo, pôr em prática ações que vão ao encontro disto não é tarefa fácil já que faltam capacitações que visem ações como o incentivo ao uso de ervas medicinais, entre outras. O líder da aldeia indígena local destacou que o costume do tratamento com ervas medicinais tem perdido espaço dentro da cultura indígena, e ainda que isto é resultado de um processo que inicia na colonização do Brasil, por influência dos jesuítas que vieram catequizar os índios, e vai até os dias de hoje, quando a juventude indígena opta por utilizar da farmacologia química, parte pela integração cultural com o homem branco e parte pela comodidade de encontrar o remédio pronto. Ainda segundo o mesmo, a luta pelo direito à atenção à saúde do índio é um fator constante e presente. Ele destaca que as lideranças indígenas lutaram muito para conquistar o que tem, com as Unidades de Saúde Indígenas, por exemplo. Para a conquista de um órgão que atendesse apenas a saúde dos indígenas – para facilitar o acesso e garantir ampliações e melhorias na atenção à saúde dos indígenas – foram mais de quinze anos de luta até que em outubro de 2010 é criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A realização deste trabalho possibilitou, além do conhecimento relacionado à política do Ministério, a desmistificação da figura indígena, ao passo que foi possível observar uma população indígena ciente dos seus direitos e capaz de exercer autonomia nos aspectos inerentes à sua saúde, integrando a cultura tradicional indígena com os benefícios do mundo contemporâneo. Ainda, foi possível perceber a importância de conhecer a população com que se trabalha, pois já diz o provérbio: “Não se ama aquilo que não se conhece”.

Palavras-chave: Saúde dos povos indígenas. Enfermagem.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros dados do censo 2010**: Rio Grande do Sul: Vicente Dutra. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 maio 2012.

CRACK: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO

Paola Franceschi Zanatta¹
Adriana Rotoli²

Primeiramente, antes de falar do crack, é preciso falar da cocaína, afinal, é a substância precursora do crack. A cocaína é extraída das folhas de uma planta chamada *Erythroxylon coca*, e que é exclusiva da América do Sul. Seu uso é conhecido desde os primórdios, principalmente pelos Índios, que a utilizavam em rituais. Esta droga, consumida pura, aparece em forma de pó (BRASIL, 2012). Já o crack é uma mistura da cocaína com bicarbonato de sódio, ou amônia, ficando assim em formato sólido, e seu uso é feito através de uma espécie de “cachimbo”, onde a pedra de crack é fumada. Segundo Ministério da Saúde (2012): “O crack surgiu nos Estados Unidos na década de 1980, em bairros pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami”. Um dos fatores que contribuem para a rápida disseminação da droga foi o baixo custo e a possível fabricação caseira, fazendo com que muitos usuários ficassem atraídos pelo crack (BRASIL, 2012). Após ficar popular nos EUA, por volta de 1988 o crack surge no Brasil, especificamente em alguns bairros da cidade de São Paulo. A partir de 1991, já era visível a procura pela droga. (RAUPP; ADORNÓ, 2011). Após isto, a droga se disseminou pelo restante do país, e novamente o baixo custo e o fácil acesso contribuíram para o agravamento deste quadro (BRASIL, 2012). O crack tem uma duração de efeito extremamente rápida com relação à outras drogas, seus efeitos duram em média 5 minutos, o que faz com que o indivíduo use cada vez mais. Como o crack é “fumado”, assim que a fumaça inalada alcança o pulmão, e este é muito vascularizado, rapidamente a substância é absorvida, caindo quase que imediatamente na circulação cerebral. Além do estado de euforia e excitação, o crack pode provocar insônia, hiperatividade e falta de apetite (BRASIL, 2012). A droga acaba por fazer o usuário ficar extremamente dependente, e como seu efeito dura muito pouco, logo o indivíduo compra mais e mais... A ânsia pelas sensações de euforia, alegria e prazer é tão grande que faz com que alguns indivíduos passem horas e em alguns casos até dias usando o crack, sem interrupção. O baixo período de duração do efeito, o custo baixo e o fácil acesso, são portas de entradas extremamente fáceis para os usuários consumirem a droga cada vez mais. Apesar de se saber que há muito tempo estas substâncias vêm sendo utilizadas, atualmente seu uso tomou proporções descontroladas (BRASIL, 2012). Também é preciso destacar que, o uso abusivo desta droga, e em doses elevadas, pois é a tendência do usuário para se satisfazer, acaba fazendo com que o indivíduo se torne violento, agressivo, impaciente e fique paranoico, também podendo levar os homens à impotência sexual, dentre outras manifestações individuais que podem aparecer (BRASIL, 2012). Como já mencionado antes, o demasiado crescimento do uso do crack acabou por tornar-se um problema de saúde pública. Muito disso vem do fato de muitos usuários protagonizarem cenas de furtos, assaltos e violência, e ainda no caso de violências, nem sempre é ele o agressor, muitas vezes ele também é a vítima, o que acaba também prejudicando a população que os cerca, deixando-os muitas vezes com medo; o fato de os usuários começarem a ter a saúde deteriorada em função do uso da droga contribuiu para que o Ministério da Saúde caracterizasse o uso de drogas também com um problema de saúde pública. (SOUZA; KANTORSKY, 2009). Fez-se necessário a síntese deste resumo expandido pela necessidade em aprender mais sobre a temática, objetivando poder levantar possíveis sugestões de melhorias ou de abordagens para a reversão deste quadro. Para a síntese deste resumo, foram utilizados textos disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre o crack e outras drogas, também foram utilizados alguns artigos sobre a temática. Como resultados

¹ Acadêmica do VII semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Orientador. E-mail: rotoli@fv.uri.br.

e discussões, aponta-se a necessidade de mudança deste quadro assustador. O consumo elevado do crack acarreta problemas que na maioria das vezes são irreversíveis, tanto para o usuário quanto para os familiares e a sociedade em que ele se insere. Os problemas de saúde que essa droga poderosa traz consigo são também muitas vezes irreparáveis, podendo muitas vezes levar ao indivíduo a desenvolver transtornos psíquicos. Sem contar na família, que faz parte das pessoas que mais sofrem, pois acaba por desestruturar a família no momento em que um filho ou outro familiar entra neste mundo desconhecido e rapidamente é “abduzido” para ele. Até muitas vezes a família sofre com problemas de furtos na própria casa, onde o usuário “pega” objetos para vender em troca de dinheiro para aquisição de mais pedras de crack. Muitas vezes por falta de informação, ou por algum problema pessoal ou simplesmente por curiosidade, muitos jovens entram nesse mundo do crack a cada dia, e o pior, a maioria deles acaba sendo consumido pela droga, seja psicologicamente ou fisicamente, deixando para trás um mundo enorme que provavelmente eles não verão, não pelo menos durante o tempo em que forem usuários ativos do crack. O fato de muitos usuários serem menores de idade, faz-se questionar em alguns pontos como é a qualidade de educação destes indivíduos, a estrutura familiar e o contexto socioeconômico em que eles estão envolvidos. Faz-se entender que a educação é um fator importante que precisa ser mais bem direcionado, valorizando o profissional educador, inserindo novos olhares a respeito do uso de drogas, enfatizando a prevenção do uso, e inserindo na educação desses jovens palestras com profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, médicos, para que assim possam ter uma visão ampla do que realmente se trata. A família também conta como um papel importante, tanto na prevenção para que os indivíduos não adentrem neste mundo como no tratamento para quem já está nele, pois uma família bem estruturada é uma base aliada muito forte para o indivíduo. Talvez se façam necessários novas criações de políticas públicas que minimizem as diferenças socioeconômicas entre as classes, fazendo com que jovens e adolescentes possam usufruir de bens em comum como esportes, educação e lazer.

Palavras-chave: Crack. Usuários de drogas. Cocaína.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Crack, é possível vencer:** A droga, como surgiu. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/a-droga/como-surgiu>>. Acesso em 27 de março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definição e histórico:** cocaína. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=23169> Acesso em 27 de março de 2012.

RAUPP, L.; ADORNO, R. D. C. F. Circuitos de uso do crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 2613-2622, 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKY, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Rev Esc Enferm, USP**, 2009, p. 373-383.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jéssica Borges do Canto¹
Daniane da Silva Kraabe¹
Greici Kelli Tolotti¹
Caroline Rossetto¹
Adriana Rotoli²

Este é um relato de trabalho apresentado na disciplina de Enfermagem na Promoção da Saúde, com o objetivo de relatar como o acadêmico de terceiro semestre deveria estruturar e aplicar um projeto de promoção da saúde do adulto e idoso. Os conteúdos a serem trabalhados estão centrados a promover a saúde da população adulta e idosa que vem sendo acometida por inúmeras patologias, tanto agudas, quanto as que cronicaram com o passar dos anos. Hoje em dia o aumento da longevidade nas gerações atuais é grande o número, pois, antigamente não se tinha tanto conhecimento de certas patologias, como temos hoje, sendo assim as pessoas vinham a óbito mais cedo, ou seja, que com o passar do tempo as pessoas foram diagnosticando e descobrindo novas doenças e problemas de saúde tanto na fase adulta como idosa, como obesidade, osteoporose, hipertensão arterial, diabetes, alzheimer, câncer, entre outros, incluindo diversos fatores que podem desencadear uma doença. E um dos objetivos principais da nossa profissão de enfermeiros é prevenir e promover a saúde, sendo assim atuando no desenvolvimento de práticas e conhecimento que propiciam uma boa qualidade de vida para a população idosa e adulta. O envelhecimento acarreta mudanças no organismo do indivíduo e, geralmente, traz consigo algumas doenças, mas a grande maioria das doenças está relacionada a outros fatores, como falta de atividade física, ingestão de alimentos gordurosos, uso excessivo de sal, açúcar, bebidas alcoólicas, tabaco, entre outros. “Com vista na assistência integral à saúde da população, elaborou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) que atualmente, denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população.” (GIACOMOZZI, et al. 2006). Ações de proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças são desenvolvidas pela equipe, com responsabilidade e conhecimento na promoção da saúde. Cada paciente integrante dos grupos da saúde do idoso e do adulto tem uma patologia ou alguma restrição diferente do outro, sendo assim estamos aptos a orientar cada indivíduo, pelo fato de cada um ter problemas diferentes. Pois os “enfermeiros têm responsabilidade importante na educação dos pacientes sobre os seus problemas de saúde, autocuidado e prevenção de danos.” (FRANZEN et al., 2007). Citamos agora algumas orientações do nosso projeto da promoção da saúde para prevenir doenças e promover saúde: dicas para prevenir algumas doenças característica do envelhecimento: Entre os idosos, particularmente os aposentados, o voluntariado é uma prática comum e em crescente expansão, servindo como mecanismo para manterem-se socialmente ativos, fazendo com que não fiquem parados e exercitem a mente com diversos programas. Verificar sua pressão arterial com frequência previne complicações ao seu coração. Procurar mensurar a quantidade de açúcar no sangue previne complicações do diabetes. Realizar leituras diárias e fazer palavras cruzadas previne Mal de Alzheimer. Participar de atividades de grupos e locais de convívio social previne várias doenças e complicações do envelhecimento. A atividade física é um meio simples e muito eficaz para que o idoso possa, mesmo com o processo de envelhecimento manter uma boa qualidade de vida, e principalmente

¹ Acadêmicas do II Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, jessicaenf19@gmail.com.

² Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen rotoli@uri.edu.br.

para as populações mais jovens prevenirem as complicações futuras advindas da falta de atividade regular. Alguns benefícios da prática de atividade física para a saúde e para o envelhecimento saudável: ajuda a controlar a glicemia, prevenindo o desenvolvimento de diabetes; redução da gordura corporal e controle/manutenção do peso corporal; prevenção e redução do risco de fraturas; melhora do condicionamento cardiovascular e respiratório, melhorando a frequência cardíaca, controle da pressão arterial e a capacidade respiratória; aumento da capacidade física, elasticidade e equilíbrio; aumento da força muscular e alívio das dores articulares; prevenção ou retardo do declínio cognitivo de pessoas idosas; diminuição da ansiedade e depressão, promovendo uma sensação de bem-estar físico e psicológico. Uma alimentação equilibrada possui grande importância em todas as faixas etárias, de acordo com suas necessidades. Na população idosa isso não é diferente, portanto algumas particularidades na alimentação devem ser atribuídas para que seja uma dieta saudável para o idoso, assim algumas dicas: deve ser equilibrada com proteínas, vitaminas e sais minerais; baixo teor de gordura; rica em fibras, moderada em sal e açúcar, conter líquidos; ingerir menor quantidade dos alimentos por refeição em maior número de vezes ao dia, ingerir carnes magras, leite, queijos magros, iogurte e bebida láctea, preferir cereais integrais, evitar frituras, guloseimas bebidas alcoólicas e fumo. Através da disciplina de promoção da saúde, os acadêmicos do curso de graduação em enfermagem da URI, campus de Frederico Westphalen, realizaram o desenvolvimento de um projeto fictício para a promoção da saúde de adultos e idosos. Através disso os alunos puderam expor suas ideias em um trabalho apresentado em sala de aula, de como atuariam como enfermeiros em um grupo de idosos e adultos promovendo a saúde dos mesmos através de projetos criados pelos acadêmicos. No projeto foi proposta a formação de grupos como uma equipe multiprofissional de atuação onde o principal intuito foi levantar os variados problemas encontrados na comunidade em geral, como etilistas, tabagistas, hipertensos e diabéticos, na intenção de promover encontros para o esclarecimento de dúvidas, orientações com o acesso a medicamentos disponíveis na rede pública e o encaminhamento a tratamentos. A partir deste trabalho, os acadêmicos tiveram uma ideia de como promover a saúde desses grupos em sua futura área de atuação, fazendo com que esses adultos e idosos participem mais da comunidade que estão inseridos e que possam ser beneficiados dos programas que os grupos lhes oferecem. A enfermagem como parte essencial do ESF, e que possui pleno conhecimento na prevenção de doenças e promoção de saúde, deve prestar aos idosos de sua área de atuação uma assistência integral, e isso só será possível quando se conhecer as particularidades de cada pessoa idosa ou adulta, por isso, devem estar sempre atentos e acompanhando cada paciente. Sabe-se que a cada ano que passa as pessoas vivem mais, e por esse motivo, precisam viver com melhores condições de saúde e mais qualidade de vida, pois não basta apenas ter uma vida longa, viver é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. E, portanto poder viver plenamente todas as fases da vida com saúde, bem-estar e felicidade.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Adulto. Idoso.

Referências

FRANZEN, E.; ALMEIDA, M. A.; ALITI, A.; BERCINI, R. R.; MENEGON, D. B.; RABELO, E. R. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. HCPA**. V.27, n.2, p.28-31, 2007.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R.; A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.15, n.4, p.645-53, out-dez 2006.

A EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: UMA NOVA PERSPECTIVA

Caroline Ottobelli¹
Cênio Back Weyh²

De acordo com Campos (2006), o controle social em saúde como prerrogativa da sociedade civil envolve o desenvolvimento e afirmação de competências diversas. Primeiro, por se tratar de um processo político, segundo por que também é demanda de natureza técnica, terceiro pela dimensão ética que contempla. O controle social em saúde compreende um instrumento de participação popular. Assim, pode-se compreender que a prática do controle social em saúde se materializou por meio da institucionalização dos conselhos e conferências de saúde. Todavia, a institucionalização dos conselhos e conferências de saúde trouxeram a possibilidade de se estabelecer os direitos sociais ante um controle social efetivo atuando na perspectiva da construção de políticas de saúde voltadas aos interesses da população. Com relação aos conselhos de saúde, os mesmos são órgãos colegiados, de caráter deliberativo, formuladores e fiscalizadores das políticas de saúde nas três esferas do governo (municipal, estadual e federal). Assim, foram criados com a finalidade de estimular na população a busca pelo exercício do controle social efetivo na saúde, com vistas à fortificação de um Sistema de Saúde que garanta a participação popular. De acordo com Kleba et al. (2007), os conselheiros de saúde exercem um importante papel junto à sociedade, pois são eles quem representam toda a população junto aos conselhos de saúde, os quais compreendem fóruns de exercício de controle social em saúde. Também, os conselheiros desempenham a função de estimular a população em geral a exercerem a participação popular que a ela é garantida constitucionalmente. Assim, o controle social em saúde dispõe de um fórum, no caso os conselhos de saúde, onde o mesmo pode ser exercido pela sociedade. Entretanto, para que ele venha a desenvolver o verdadeiro papel que lhe é imbuído, a emancipação, tanto da sociedade em geral, quanto dos próprios conselheiros, se faz necessária. De acordo com Adorno (2000), emancipar-se significa ter decisões conscientes e independentes, através de uma consciência verdadeira, sendo uma conexão com uma sociedade verdadeiramente democrática. A emancipação é conscientização e adaptação dos homens ao mundo. Em Adorno (2003), “emancipação significa o mesmo que conscientização e racionalidade” (p. 143). Dessa maneira, a emancipação deve fortalecer princípios individuais e sociais (adaptação e resistência). Contudo, o fortalecimento da resistência deve ser maior do que a adaptação. Por isso, “emancipação não é atitude isolada, porque nada em sociedade é espontâneo estritamente. Precisa ser motivada, mas não pode ser conduzida. Não há como emancipar alguém se este não assumir o comando do processo” (STIVAL; SUDBRACK, 2008, p. 09). Pelo fato da emancipação compreender a capacidade de tomar decisões conscientes e imbuídas em certezas construídas em torno de arcabouços científicos ou não, mas que leva em consideração o bem comum, é que a educação em torno dela se faz necessária. A educação emancipatória tem o poder de produzir uma consciência verdadeira, onde as pessoas sejam emancipadas em seus conhecimentos. Conforme Freire (1979), a educação emancipatória compreende uma educação humanizante, circunscrita às sociedades e homens concretos. É superadora da alienação e potencializadora de mudanças e, sobretudo, da libertação social, tornando o homem sujeito, não mero objeto. Para que isso realmente ocorra, é necessário haver a institucionalização de estratégias educativas de caráter emancipatória. Conforme Mesquita (2011), estratégias educativas emancipadoras podem ser caracterizadas como ações que possibilitam inserir os cidadãos em processos coletivos (vivos) de reprodução de suas vidas. Compreendem estratégias que

¹ Enfermeira, professora da URI – Campus de Frederico Westphalen, mestranda em Educação.

² Dr. em Educação, professor do Curso de Mestrado em Educação da URI – Campus de Frederico Westphalen.

possibilitam o reconhecimento de uma realidade e, a partir desta, promover mudanças em determinados cenários. Além disso, as estratégias educativas que promovem a emancipação possibilitam aos sujeitos serem partes inerentes aos fazeres educativos, ou seja, eles têm a possibilidade de intervir concretamente na realidade, perceberiam a possibilidade (e dificuldade) de abrir fendas e espaços num mundo hegemonicamente saturado (Idem). Entretanto, a adoção de estratégias educativas de cunho emancipatórias vem para preparar os sujeitos, e mesmo os conselheiros de saúde, para que possam exercer o controle social efetivo. Somente por meio desse tipo de estratégias educativas é que os conselheiros de saúde serão capazes de colocar o controle social em prática, tendo em vista que para que isso ocorra se faz necessário a problematização, fator que desencadeia a mudança desejada. Sem a emancipação dos conselheiros se torna impossível criar junto a eles uma mentalidade participativa, onde esses possam se ver como protagonistas das transformações e agentes da ação. Dessa maneira, frente à necessidade da promoção de estratégias educativas emancipatórias que deem sustentabilidade aos agentes do controle social em saúde, no caso os conselheiros de saúde, justifica-se o desenvolvimento de uma pesquisa que objetiva identificar quais são as estratégias educativas adotadas no processo de formação desses sujeitos. Por meio deste estudo, que envolverá os conselheiros municipais de saúde, pretende-se promover melhorias significativas junto a todos os municípios participantes da investigação, tendo em vista que todas as decisões em saúde passam pelas mãos dos conselheiros de saúde. Em face disso, formulamos o seguinte problema de pesquisa que nos remete à investigação do objeto de estudo: Quais as estratégias educativas formativas de caráter emancipatórias são desenvolvidas pelos/com os conselheiros de saúde em sua atuação? A partir destas questões, elaboramos os seguintes objetivos: Compreender quais as estratégias educativas emancipatórias são desenvolvidas pelos/com os conselheiros de saúde em meio a sua atuação a fim de promover avanços na democratização da sociedade. O estudo será desenvolvido junto a conselheiros municipais de saúde de alguns municípios que fazem parte da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para tanto, os municípios escolhidos para a realização do estudo compreenderão: Três Passos, Vicente Dutra, Tenente Portela, Seberi, Taquarucú do Sul e Tiradentes do Sul. Tais municípios foram escolhidos mediante o IDH dos mesmos. Assim, foram selecionados os municípios da 19ª CRS que tinham os maiores IDH. Dessa forma, o estudo será desenvolvido com conselheiros municipais de saúde, que manifestarem interesse em participar da pesquisa, sendo estes atuantes junto aos conselhos municipais de saúde dos cinco municípios com maiores IDH da 19ª CRS. Assim, será desenvolvida uma pesquisa qualitativa devido ao seu foco de estudo, analisando dessa forma, a subjetividade dos participantes. A pesquisa qualitativa é basicamente aquela que busca entender um fenômeno específico em profundidade. No que se refere a coleta de dados, faremos uso da entrevista semiestruturada. Para tanto, será desenvolvido um contato prévio com os conselheiros, sendo agendado um momento para a realização das entrevistas semiestruturadas. As entrevistas serão realizadas em horário e local previamente agendado sendo que ocorrerão em um único momento com cada um dos sujeitos. Já no que tange à análise dos dados, far-se-á uso da Análise de Conteúdo. O controle social compreende uma forma de controle da população perante as ações do Estado. Assim, o controle social perfaz uma estratégia para a fiscalização e formulação de ações para a educação no país. O controle social em saúde foi efetivada pela LOS 8.142/90, a qual cria instâncias para o seu exercício, os chamados conselhos de saúde. Os conselhos de saúde compreendem instâncias de exercício do controle social e são formados por conselheiros de saúde. Os conselheiros de saúde compreendem sujeitos designados pela população para representarem os interesses da comunidade que representam. Diante disso, para que os conselheiros venham a cumprir seu papel, a emancipação se faz necessária. Através da emancipação dos sujeitos promove-se aos mesmos a possibilidade de tomarem decisões conscientes e desprovidas de quaisquer interesses particulares. Entretanto, só alcançamos a emancipação se tivermos uma educação emancipadora. A educação que emancipa compreende uma forma de educação que trabalha com a perspectiva

de libertar os sujeitos. Compreende uma educação diferenciada onde os sujeitos são participantes ativos do processo educacional. Assim, para que realmente consigamos efetivar o controle social, se faz necessário que os conselheiros de saúde sejam emancipados. Controle social e a educação emancipatória caminham juntas.

Palavras-chave: Educação. Emancipação. Controle Social. Saúde Pública.

Referências

ADORNO, T. W. **Educação e emancipação**. Trad. Wolfgang Leo Maar. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

ADORNO, Theodor W. **Educação e Emancipação**. 2. ed. Tradução de Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007: Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 jul. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

DEMO, Pedro. **Participação e conquista**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.

DUSO, A. P; SUDBRACK, E. M. Política Educacional: para além da racionalidade econômica - questionando a enturmação. **Revista de Ciências Humanas**, Frederico Westphalen, v. 10, n. 15, jun. 2009.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. São Paulo: Cortez, 1993.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da Liberdade**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GETSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 jul. 2011.

JÚNIOR, J. P. B; MESSIAS, K. L. M; SAMPAIO, J. J. C. Exercício do Controle Social em município de pequeno porte: o caso de Lafayete Coutinho (BA). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, jul./set. 2006: Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 jul. 2011.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empedramento com Conselhos Gestores de um polo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto**,

Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007: Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 jul. 2011.

SUDBRACK, E. D. Mapas da informação docente pós-LDB: regulação ou emancipação. **Revista Educação**, Santa Maria, v. 29, n. 2, 2004. Disponível em: <http://coralx.ufsm.br/revce/revce/2004/02/r13.htm>. Acesso em: 18 jul. 2011.

O CONTROLE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DA DELIBERAÇÃO PÚBLICA

Caroline Ottobelli¹
Cênio Back Weyh²
Sílvia Regina Canan³

Diante da perspectiva pela busca pela intercompreensão entre os sujeitos é que a deliberação se faz importante. Contudo, a deliberação só é atingida através da participação popular comprometida e estruturada em espaços onde o diálogo possa ser processado com autonomia pelos envolvidos. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi: realizar uma pesquisa bibliográfica acerca da deliberação pública e sua relação com o controle social. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, junto às produções nacionais, buscando conceituar a deliberação pública, fazendo um paradoxo com o controle social. Conforme Bohman et al., (2009), a deliberação foi pensada por Aristóteles para ser a atividade paradigmática da virtude política de autorregulação. Somente aqueles que podem deliberar bem podem manter seu próprio autogoverno. Como processo social e comunicativo, a deliberação deve permitir identificar e avaliar o grau de relevância das questões de interesse geral, tornando disponíveis informações pertinentes, a fim de especificar interpretações possíveis a tais questões. (HABERMAS, 2006, p. 416 apud BOHMAN et al., 2009). Para tanto, a deliberação compreende a possibilidade dos sujeitos se inteirarem de questões que envolvem os interesses coletivos. Isso é possível por meio da comunicação, a qual permite aos sujeitos expressarem e compartilharem suas opiniões. A deliberação pública baseia-se na cooperação e no não procedimentalismo que oferece uma base epistêmica e moral para a participação democrática nas sociedades. Assim, para que a deliberação ocorra é necessário a participação popular efetiva. A participação popular pode ser definida como a mobilização da sociedade na busca por objetivos em comum. Para tanto, a participação popular compreende uma forma de união da comunidade, organizada, em torno de objetivos almejados pela maioria, a qual almeja o controle social. O controle social é uma tática de democratização do poder sendo um espaço de manifestação da participação social regulada e institucionalizada no Estado. Reveste-se de caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas em todos seus aspectos, através de deliberações, intervenções e encaminhamentos de decisões, no que se refere às necessidades identificadas pelos seus próprios representantes. (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009). O controle social é regulamentado no país na década de 80 com a proclamação da Constituição Federal. Contudo, após sua regulamentação legal, surgiu a necessidade de criar fóruns onde o controle social pudesse ser exercido. Foi aí, que foram criados os conselhos. Os conselhos são fóruns de exercício do controle social, possuem caráter deliberativo, formuladores e fiscalizadores das políticas públicas. Estão presentes em todas as esferas de governo e em inúmeros setores. Assim, os conselhos foram criados para que a população pudesse fiscalizar as ações do governo e propor políticas públicas para melhorar a qualidade de vida da comunidade a que representam. Portanto, o controle social exerce uma importante relação com a deliberação, pois ambos necessitam de intensa participação popular para existirem. Nesse sentido, diante do exposto, os conselhos são fóruns onde o controle social e a deliberação podem ocorrer, pois a negociação e o diálogo são instrumentos utilizados em ambos. A deliberação compreende uma atividade discursiva capaz de oferecer aos interlocutores possibilidades de melhor se expressarem, de articularem e revisarem seus interesses e necessidades. É acionada por permitir aos interlocutores uma construção negociada e racional de

¹ Enfermeira, professora da URI – Campus de Frederico Westphalen, mestranda em Educação.

² Doutor em Educação, professor do Curso de Mestrado em Educação da URI – Campus de Frederico Westphalen.

³ Doutora em Educação, professora do Curso de Mestrado em Educação da URI – Campus de Frederico Westphalen.

uma melhor compreensão de um problema público. (BOHMAN et al., 2009). Para tanto, a ideia de deliberação deve ser compreendida como um processo social e comunicativo que se caracteriza, a longo prazo, através da elaboração e do uso de práticas de intercompreensão capazes de articular os diversos atores e arenas comunicativas que integram a esfera pública. Assim, a deliberação deve ser compreendida como rede de múltiplos espaços de formação e disseminação de opiniões, associados de maneira não coercitiva e que se interceptam em dinâmicas de comunicação livre. (BOHMAN et al., 2009). A deliberação não perfaz somente os sujeitos defenderem interesses de aspecto individual, pelo contrário, ela busca fazer com que os cidadãos compreendam determinadas questões e que, após alcançada tal compreensão, se alcance o obtenção de interesses mútuos, que tenham por intuito buscar o bem comum. Contudo, de acordo com Bohman et al. (2009), para que se alcance a “deliberação ideal” é necessário que tenhamos em mente que a mesma busque, sim, o bem comum, no entanto, uma coisa tem que se fazer clara, o bem comum é uma coisa, já a promoção de esforços sinceros para fazê-lo avançar é outra completamente diferente. Assim, não adianta traçarmos esforços para traçar opiniões que venham a suprir necessidades que envolvam o bem comum. Maior, e mais importante, é realmente se esforçar para que as opiniões venham a serem colocadas em prática. Só assim, poderão surtir efeitos sobre a comunidade. Mediante tais prerrogativas, pode-se perceber que para que a deliberação venha a cumprir o papel que a ela está imbuída, a legitimidade deste processo se faz primordial. A legitimidade garante a existência do vínculo entre os participantes e da dinâmica de trocas argumentativas, fatores que garantem que a deliberação realmente se desenvolva dentro de seus princípios. De acordo com Bohman et al., (2009), os princípios que envolvem a deliberação são: igualdade, publicidade, reciprocidade, reflexividade, prestação de contas, autonomia, ausência de coerção e respeito mútuo. Além destes princípios, faz-se importante trazer que o diálogo é primordial. O diálogo tem como principal objetivo a avaliação e a compreensão de um problema coletivo ou de uma questão de interesse geral. Nesse sentido, o diálogo é importante para a deliberação, tendo em vista que a mesma compreende um processo social onde processa-se uma intercompreensão, a qual só é atingida através de um diálogo bem estruturado entre os sujeitos envolvidos com o processo. A deliberação consiste em criar nos cidadãos um sentimento de exposição de suas opiniões públicas. Entretanto, para que isso realmente se processe, a participação se faz necessária. A formação de opinião pública é o resultado da participação dos cidadãos e das associações cívicas nos debates públicos desenvolvidos em arenas comunicativas em que a conversação política destaca-se como principal atividade discursiva. Assim, tais debates ocorrem em arenas sociais diferenciadas e requerem modos apropriados de comunicação a fim de permitirem aos indivíduos encontrar os termos de um acordo, ainda que seja provisório. (BOHMAN et al., 2009). Para tanto, a deliberação só pode ser aperfeiçoada através da participação. A política deliberativa deve proporcionar a participação. A participação efetiva diz respeito a ter acesso formal para dar aos indivíduos a oportunidade de articular o que as atuais barreiras são para eles. (MINIOW, 1999, apud BOHMAN et al., 2009). Diante do exposto, podemos compreender que, para que a deliberação se efetive a participação se faz necessária, tendo em vista as relações estreitas existentes entre ambas. É importante frisar que a participação só é possível através da democracia, a qual, por sua vez, é defendida pela deliberação. A participação só se efetiva em um governo onde a liberdade de expressão possa ser desenvolvida. Diante do exposto, a deliberação perfaz a possibilidade, aos sujeitos, de compreenderem os problemas que envolvem a esfera pública e social. Para tanto, é uma forma de comunicação, a qual permite aos sujeitos expressarem suas opiniões, através da comunicação. Contudo, para que a deliberação ocorra a participação popular se faz necessária. Através da participação popular que a deliberação pública se processa, tendo em vista que precisamos de uma mobilização da sociedade. A deliberação necessita que ocorra uma interação de visões para se alcançar uma opinião que abranja o interesse da maioria dos envolvidos com o processo. Assim, diante da necessidade da participação popular junto à deliberação pública é que podemos

dizer que o controle social também exerce um importante papel neste processo. O controle social envolve as múltiplas ações que as forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas. Sabemos que o controle social, e em consequência, a participação popular, ocorram, não basta apenas de uma aparato legal, mas também de espaços onde os mesmos possam serem exercidos. É nesta óptica que são criados os conselhos, os quais são espaços onde o controle social e a participação popular são exercidos. Para tanto, para que possamos efetivar a deliberação pública na esfera nacional, temos que ter em mente que o controle social deve ser fortalecido, tendo em vista a ínfima relação existente entre ambos. Outro fato importante é que o controle social dispõe de fóruns onde a participação popular pode ser desenvolvida e esta sendo colocada em prática, a deliberação pode ocorrer. Assim, um depende do outro para ocorrer, de forma efetiva. Neste sentido, precisamos criar estratégia para que tanto a deliberação pública quanto o controle social possam ser colocados em prática, somente desta forma, poderemos buscar soluções para problemas que afligem nossas sociedades.

Palavras-chave: Deliberação. Controle social. Participação popular.

Referências

ARANTES, S. I. R, et al. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

BOHMAN, J., COHEN, J., BENHABIB, S., COOKE, M., GUTMANN, A., THOMPSON, D., MANSBRIDGE, J., CHAMBERGS, S. **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas.** Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

LACAZ, C. A. F; FLÓRIO, R. M. S. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, dez. 2009.

MORONI, J. A. **Participamos, e daí?** Observatório da cidadania, 2005.

OLIVEIRA, M. I; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e sociedade.** São Paulo, v. 18, n. 1, jan./mar. 2009.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998.

MUDANÇAS E EXPECTATIVAS DE ADOLESCENTES EM RELAÇÃO AO SEU PERFIL NUTRICIONAL

Flávia Strapasson¹
Caroline Marangon Dourado²
Elis Regina Boita²

Sabe-se que a importância dada à imagem corpórea é notória nos dias de hoje. Percebe-se que cada vez mais um modelo de beleza vem ganhando força em relação às verdadeiras necessidades da população. O desejo de possuir um corpo magro ou chamado “escultural” nem sempre é alcançado, proporcionando frustração à pessoa que o busca. Em contrapartida, o sobrepeso vem crescendo de forma alarmante, apresentando-se como um problema de saúde pública no Brasil, inclusive entre crianças e adolescentes (IBGE, 2009). Na adolescência, essa preocupação é de maior proporção, pois ocorrem transformações no corpo em função do desenvolvimento e crescimento, que podem provocar instabilidade e insegurança aos mesmos. Diante da preocupação excessiva de um corpo perfeito, principalmente no caso das meninas, os adolescentes podem acarretar certos distúrbios nutricionais com graves consequências para a sua saúde, como no caso, levar à bulimia e/ou anorexia nervosa. A imagem corporal é, portanto, um tema de interesse geral da população, sendo de tamanha proporção que faz com as pessoas se preocupem excessivamente com ela (SAVOIA, 2003). Com isso, necessariamente precisa-se de um trabalho de intervenção no qual seja destinado à população, principalmente aos jovens, que estão em fase de desenvolvimento – tanto psicologicamente, quanto esteticamente. Objetivou-se, então, identificar as expectativas dos adolescentes em relação a uma mudança do perfil nutricional, a fim de desencadear ações a serem desenvolvidas no âmbito populacional e contribuir para uma melhor compreensão sobre os fatores que podem estar relacionados à busca de orientação nutricional. Diante do exposto, desenvolveu-se uma pesquisa quanti-qualitativa sobre nutrição, de ambos os sexos, em adolescentes atendidos na Clínica Santa Margarida de Frederico Westphalen (RS). O foco era identificar o estado nutricional e as expectativas dos adolescentes em relação às mudanças neste perfil. Foram realizadas entrevistas com questões de natureza abertas e fechadas com 45 adolescentes na faixa de etária entre 13 a 17 anos, estes atraídos a partir da divulgação de atendimento gratuito de nutrição pela clínica. Sob orientação, os adolescentes então elaboraram uma lista com os seus nomes e indicaram os objetivos que gostariam de alcançar, através da orientação nutricional individualizada e respectivamente, responderam o questionário. Por fim, foram coletados dados antropométricos para a avaliação do seu estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC). O grupo estudado foi formado por 22 (48,8%) adolescentes do sexo masculino e 23 (51,2%) do sexo feminino; e a idade média do grupo foi, de aproximadamente, 15 anos. Analisando os dados coletados, constatou-se que 86% dos adolescentes, ou seja, a maioria deles foi classificada como eutróficos, e revelou descontentamento com o corpo e conseqüentemente grande preocupação com a beleza. As respostas do questionário evidenciaram uma maior preocupação com a estética. Quando perguntados sobre o motivo da procura pelo tratamento, aproximadamente 82% dos adolescentes demonstraram insatisfação com o corpo, seja por estarem com algumas partes ou com o peso acima ou abaixo de suas expectativas, ou porque se sentiam desconfortáveis com as vestimentas. Porém, a maioria desses adolescentes que alegavam estar acima do peso, conforme o ponto de vista nutricional está na normalidade, ou seja, eutróficos; pois somente 16% apresentaram sobrepeso. Para essa avaliação, foi utilizado o IMC, que é um indicador útil para

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Nutrição na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

² Nutricionista. Professora do Curso de Graduação em Nutrição na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

avaliar excesso de massa corporal em estudo de populações. Conforme a entrevista, os dados obtidos evidenciam a grande importância dada à estética pelos adolescentes, devido aos padrões apresentados pela sociedade, tornando-se o principal motivo para desejarem mudanças. A pressão cultural em relação à magreza pode ocasionar atitudes alimentares anormais no adolescente; assim, nesse processo, meninos e meninas tornam-se excessivamente preocupados com seu tamanho e aparência física. “Por vezes de forma patológica, apresentam distúrbios psiquiátricos como a bulimia e anorexia nervosa (SAMPEI, 2002). Em contrapartida à ditadura de um corpo magro e belo, Pinheiro et al., apresentam dados recentes que comprovam um aumento da prevalência de obesidade no Brasil, considerando, entre alguns de seus determinantes, a expansão de alimentos ricos em gorduras, assim como um estilo de vida mais sedentário, estimulado pelos avanços tecnológicos. É de extrema importância salientar que a fase de vida desses jovens se chama adolescência; fase na qual ocorrem mudanças físicas e psíquicas, o adolescente fica vulnerável. Nesse sentido, pode-se pensar que a insatisfação com o corpo evidenciada pelo grupo estudado, mesmo tendo apresentado estar dentro dos padrões nutricionais, tenha relação com a fase de vida. A influência para isso, associa-se então a sociedade dita “rotulada” e sua cultura. Segundo Serra et al., a relação com o corpo, assim como hábitos e práticas alimentares, também são construídos com base em determinações socioculturais, e no mundo contemporâneo, a mídia exerce papel importante na construção e desconstrução de procedimentos alimentares e padrões de estética, os quais estão submetidos a interesses de empresas produtoras de mercadorias, medicamentos, indústrias de aparelhos e equipamentos e setores financeiros. Assim, discursos sobre práticas alimentares para emagrecimento, formando um padrão estético de corpo ideal, são transmitidos representando interesses de alguns segmentos. Como confirmação disso, algumas das respostas no questionário aplicado, evidenciaram dificuldades de se controlar na alimentação, ou seja, de ter uma alimentação balanceada; também sendo relatada pouca prática ou nenhuma de atividades físicas. Ficou evidenciada, nesse estudo, a importância de se ter conhecimento sobre a percepção dos adolescentes acerca de determinado problema, pois é esta que irá subsidiar as ações mais adequadas para atendimento às suas demandas. Destaca-se o papel das políticas públicas na prevenção e controle da obesidade, como nos desdobramentos gerados por esses fatores. Assim, um trabalho em conjunto, envolvendo os educadores, o governo e o comércio em geral, se faz necessário para conduzir cuidadosamente desse assunto. Conclui-se que os adolescentes avaliados apresentam percepção de seu peso não condizente com os resultados que foram encontrados na avaliação nutricional, com os resultados de IMC encontrados, evidenciando-se a assim, a baixa autoestima e desejo de mudanças neste perfil. Esta expectativa em relação às mudanças no estado nutricional pode acarretar desenvolvimento de transtornos alimentares, como bulimia e anorexia, mais prevalentes neste período da vida. É então de extrema importância que a sociedade conheça e entenda as peculiaridades da adolescência, mostrando-se fundamental para o planejamento de ações efetivas. Intervenções nessa fase poderão prevenir problemas futuros, já que é nesse período que a grande transformação corporal ocorre, podendo ser um período de risco, necessitando de atenção e cuidado redobrado. Assim, é de extrema importante que os profissionais e serviços básicos de saúde atendam de forma mais eficiente a esse grupo populacional, devendo ser priorizado acompanhamento do indivíduo nessa fase, evitando assim, desencadeamento de futuras doenças psicológicas e fisiopatológicas.

Palavras-chave: Estado nutricional. Adolescentes. Corpo.

Referências

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

Pinheiro A. R. O., Freitas S. F. T., Corso A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev Nutr**, 2004; v. 17, n. 4, p. 523-533.

Sampei MA, Ribeiro LC, Devicenzi UM, Sigulem DC. Adolescência: estado nutricional, práticas e distúrbios alimentares e atividade física. **Rev Comp Nutr**, 2002; v. 3, n. 3, p. 5-22.

Savoia MG. A imagem corporal. **Rev Bras de Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 126-126, 2003.

Serra GMA, Santos EM. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Rev C S Col**, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

ARTRITE REUMATOIDE

Tatiane Franco¹
Lidiane Lisik¹
Carla Argenta²

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória simétrica, sistêmica e crônica, que acomete principalmente as articulações periféricas e os músculos, os tendões, os ligamentos e os vasos sanguíneos adjacentes. Remissões espontâneas e exacerbações imprevisíveis caracterizam a evolução dessa doença potencialmente incapacitante. Objetiva-se dissertar acerca da artrite reumatoide e suas implicações para o cuidado de enfermagem. Segundo Rebelatto e Morelli (2004), aproximadamente 1 a 2% da população mundial adulta têm artrite reumatoide, e esta incidência não está relacionada com a raça. Pode acometer pessoas de qualquer idade, sendo mais comum dos 20 aos 45 anos e acomete mais a população urbana que a rural. Atinge indivíduos quando seu potencial de produção está no auge e, as donas de casa, quando os filhos ainda estão sob seus cuidados, ou seja, quando passam por fases importantes da vida. É uma doença comum e a prevalência pode chegar a 1,5% da população em algumas regiões. É mais frequente em mulheres e costuma iniciar-se entre 30 e 50 anos de idade, mas compromete também homens e crianças. Para que se desenvolva a doença são necessárias algumas combinações de defeitos genéticos e a presença de um ou mais estímulos externos, o que faz com que a incidência em familiares de pacientes com Artrite Reumatoide (AR) não seja grande. A Artrite Reumatoide é caracterizada pela inflamação da membrana (sinovial) que forra a cápsula fibrosa que envolve e protege as articulações. **O início é insidioso com sintomas gerais:** febrícula, mal-estar, sudorese, perda do apetite, emagrecimento, moleza, angústia e irritabilidade. **O começo pode também simular outras doenças, como:** tenossinovite, manifestações pulmonares, fibromialgia, etc, ou atingir a várias articulações, geralmente as maiores, sendo simétrica (direita e esquerda). **Apresentam sinais evidentes de inflamação:** dor, rigidez matinal (mais intensa após despertar), artrite em três ou mais áreas articulares, edema, calor, rubor, aumento dos gânglios, anemia e nódulos subcutâneos. Os sintomas iniciais da artrite reumatoide são: Mal estar, febre baixa, suores, perda de apetite, perda de peso, fraqueza, humor deprimido ou irritado, dores nas articulações, na maioria das vezes de forma simétrica, ou seja, nos dois lados do corpo. Com o tempo, os sintomas da artrite tornam-se mais acentuados: Articulações com sinais evidentes de inflamação: dor, inchaço, calor, vermelhidão, rigidez mais intensa após despertar. A inflamação acomete pelo menos três articulações: Aumento dos gânglios, anemia, nódulos subcutâneos. Qualquer articulação sinovial pode apresentar a inflamação da artrite reumatoide, as mais comuns são nas mãos nos joelhos, nos pés, cotovelos, ombros, têmporo-mandibular e coluna cervical. As principais complicações da artrite reumatoide são deformidades progressivas, perda de função da região acometida, desgaste das articulações (artrose), ruptura de tendões, instabilidade da coluna cervical. Quando envolve outros órgãos, a morbidade e a gravidade da doença são maiores, podendo diminuir a expectativa de vida em cinco a dez anos. O diagnóstico da artrite reumatoide é feito pelo médico por meio de uma consulta com uma história e exame físico completos, que incluem busca de sintomas de atividade da doença, avaliação do estado funcional atual evidências objetivas de inflamação articular, problemas mecânicos articulares, presença de comprometimento extra-articular e de lesão radiográfica. O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são extremamente importantes para o controle adequado da artrite reumatoide, prevenindo a incapacidade funcional e lesão articular irreversível. Em torno de 75%

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

² Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

dos pacientes portadores de artrite reumatoide apresentam melhora quando são tratados com baixas doses de medicações durante o primeiro ano da doença, no entanto, pelo menos 10% dos pacientes apresentam pouca resposta, sofrendo incapacitação pela doença. Os objetivos principais do tratamento é prevenir ou controlar a lesão articular, reverter a perda de função, diminuir a dor e maximizar a qualidade de vida. Atualmente existem as drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) e os agentes biológicos com atividade modificadora da doença, descobertas mais recentemente, que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde na terapia da Artrite Reumatoide. Os agentes biológicos são uma opção de terapêutica para os pacientes antes resistentes ou intolerantes às drogas modificadoras da doença e imunossupressores. Crianças portadoras de Artrite Reumatoide têm se beneficiado do uso de inibidores de TNF, pois estas têm grande potencial para melhorar a evolução e o prognóstico da doença, bem como a qualidade de vida destas crianças. Estes medicamentos são relativamente seguros e as infecções são as complicações mais frequentes. Os efeitos do uso de agentes biológicos a longo prazo ainda não estão bem estabelecidos, e seu custo muito elevado são fatores que limitam seu uso em nosso meio. O uso destes agentes também deve ser reservado para casos de doença refratária principalmente em crianças, pois existe o risco de infecção por uma tuberculose latente. Essa possibilidade deve ser sempre pesquisada e quando necessário iniciar quimioprofilaxia com isoniazida (MARTIN et al, 2006). Independente das possíveis complicações inerentes ao tratamento farmacológico da Artrite Reumatoide, os portadores desta patologia, atualmente foram presenteados com novas substâncias que revolucionaram a terapia farmacológica da doença. O grande desafio se torna possibilitar que todos possam utilizar desses novos agentes, uma vez que estes têm seu custo elevado. A Artrite Reumatoide é uma patologia que necessita de uma boa conduta terapêutica por ser uma doença crônica em que o portador vai necessitar de tratamento farmacológico por toda vida.

Palavra-chave: Artrite Reumatoide. Dor. Incapacidade.

Referências

- BONDY, Janice et al. *Enfermagem médico – cirúrgica*. Reichmann & Affonso Editores, 3. ed. Rio de Janeiro, 2004.
- MARTIN, Patrícia; MEDEIROS, Ana Cristina de; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, Cláudia. O papel dos inibidores do fator de necrose tumoral no tratamento da artrite idiopática juvenil. **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 46, n. 2, p. 126-133, abr. 2006.
- REBELATTO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. **Fisioterapia Geriátrica**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005. 268p.
- ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S. **Patologia-Bases Patológicas das Doenças**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- SMELTEZER, S.C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem medico-cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 1v.

RESUMOS SIMPLES

O QUE ENTENDEMOS SOBRE FISILOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Caroline Davilla¹
Adriel Machado¹
Jardel Barbieri¹
Mainara da Silva¹
Luciano Panosso da Silva²

No começo da minha vida acadêmica, a fisiologia era uma disciplina ainda não conhecida, mas que ao longo do semestre estou aprimorando passo a passo o meu conhecimento sobre a área fisiológica. Com o professor mestre Luciano Panosso da Silva, as ideias foram se aprimorando bem como o conhecimento de todos os acadêmicos cursando o I semestre de enfermagem. Hoje em dia quando se fala em fisiologia tenho uma visão diferente, pois sei as funções dos elementos que compõem os principais sistemas do corpo, tais como: Sistema Nervoso, Sistema Sensoriais, Sistemas Autonômicos (Aferente e Eferente), Sistema Digestório, Sistema Muscular, Sistema Endócrino, Sistema Pulmonar e Sistemas Reprodutor. Sei também que para o corpo estar estável precisa estar com a homeostase em equilíbrio.

Palavras-chave: Fisiologia. Sistemas do corpo. Relato de Experiência.

¹ Acadêmicos do I Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen.

² Professor Mestre em Fisiologia. Professor Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen.

ENFERMAGEM: A ESSÊNCIA DO CUIDADO

Mainara da Silva¹
Fernanda Caroline Davilla¹
Adriel Machado¹
Jardel Barbieri¹
Adriana Rotoli²

A Enfermagem tem como premissa básica o cuidado com o ser humano na sua integralidade e, de acordo com a sua natureza, reconhecendo-o como um ser com potencialidades e capacidades para agir e decidir, observando sua individualidade, necessidades, expectativas e realidades. Desta forma, ampliam-se as possibilidades para exercer sua autonomia e para transformar o contexto em que vive. Enfermagem - “gente que cuida de gente”-, seu trabalho se fundamenta num profundo respeito humano para lidar com as pessoas. Esse é seu compromisso profissional e sua dimensão ética. O cuidar exige conhecimento, dedicação, zelo e amor, é fruto de um trabalho sensível e humano, que fortalece sentimentos e conserva a relação entre quem cuida e quem é cuidado. Contudo, a enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem, e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é genuíno.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado. Profissão.

¹ Acadêmicos do I Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen.

² Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

DIFERENTES PONTOS DE VISTA SOBRE UM MESMO ASUNTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jardel Barbieri¹
Mainara da Silva¹
Fernanda Caroline Davilla¹
Adriel Machado¹
Edu Roberto Cerruti Barros²

Antes de iniciar o curso acadêmico de enfermagem da Universidade Regional Integrada URI-FW, meu entendimento sobre o sistema cardiovascular era de que simplesmente o coração era responsável por bombear o sangue para todo o corpo. Logo após minha inserção na anatomia acadêmica percebi que se tratava de um sistema complexo, uma bomba muscular, ritmada por impulsos elétricos gerados com a despolarização ocasionada pelo movimento de íons através da membrana celular, onde o impulso elétrico origina-se no nó sinoatrial, dirige-se ao nó atrioventricular onde ocorre um retardo de condução e desce para os ventrículos através do feixe atrioventricular e fibras de Purkinje. A circulação sanguínea resumidamente funciona da seguinte maneira: na sístole ocorre a entrada do sangue no lado direito do coração que é o sangue pobre em oxigênio rico em gás carbônico e o envia para os pulmões onde irá ocorrer a hematose na porção final dos bronquíolos início dos alvéolos, o lado esquerdo do coração recebe o sangue rico em oxigênio vindo dos pulmões e o envia para todas as células do corpo por meio dos vasos arteriais da artéria aorta, concluindo assim o ciclo que mantém a vida.

Palavras-chave: Pontos de vista. Anatomia. Relato de Experiência.

¹ Acadêmicos do I Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen.

² Médico. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen.

A PRIMEIRA VISITA PRÁTICA DO CURSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edinara Ragagnin¹
Adriana Rotoli²

Na disciplina de Introdução à Ciência e à Arte no Cuidado da Enfermagem, fomos convidados pela professora da disciplina a uma visita na Unidade Básica de Saúde do Município de Frederico Westphalen, para um primeiro contato com o suposto ambiente no qual iremos prestar estágios, ou quem sabe um dia trabalhar. No decorrer da disciplina, em sala de aula, já nos deparamos em várias discussões envolvendo a enfermagem e saúde pública, bem como direitos e deveres dos cidadãos, e as obrigações do profissional. Pois antes de decidir cursar enfermagem, e assistir as primeiras aulas se tem uma visão da realidade, da saúde pública, do SUS, mas após começar a ler, saber das informações em sala de aula, se vê que nem tudo que brilha é ouro, que muitas vezes você terá que lutar bravamente por seus direitos e se impor para fazer os mesmos valer, a desigualdade muitas vezes fala mais alto. A realidade da saúde pública hoje em dia é algo polêmico e complicado no sentido de resolver os problemas de saúde da população. A visita contribuiu de grande forma para um primeiro contato com a prática, foi apresentada aos acadêmicos a estrutura física da unidade, como funciona, por quem é ocupada e quais as finalidades.

Palavras-chave: Saúde Pública. SUS. Justiça e Igualdade.

¹ Acadêmica do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e as Missões – Campus Frederico Westphalen.

² Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e as Missões – Campus Frederico Westphalen.

A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edinara Ragagnin¹
Adriana Rotoli²

No terceiro semestre do curso de Enfermagem temos a disciplina de Enfermagem Promoção da Saúde, antes de conhecer a temática, fazia alguns conceitos, mas não tinha uma opinião formada, não fazia ideia da sua importância e abrangência. A promoção da saúde é algo indispensável na vida das pessoas, promover a saúde tem que iniciar desde cedo na vida, desde a gestação e seguindo pela infância, pois para ser um adulto, e consecutivamente um idoso saudável você deve ter tido bons hábitos alimentares, praticar exercícios físicos, entre outros modos de vida saudáveis. Digamos que a promoção da saúde é algo que você irá construir durante toda a vida, é preciso que as pessoas sejam estimuladas e sensibilizadas pelos profissionais da saúde, desafiadas a reverem seus hábitos e a maneira como vivem, para que no presente e futuro sejam pessoas saudáveis. É importante destacar que alguns hábitos não desejados pelos profissionais de saúde sempre estarão acontecendo, pois fazem parte da história de vida dos indivíduos. Na promoção de saúde o indivíduo tem autonomia para optar ser um ser saudável ou não. Cabe aos profissionais de saúde e educação promover a saúde com hábitos de vida saudável.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Hábitos de vida. Enfermagem.

¹ Acadêmica do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e as Missões – Campus Frederico Westphalen.

² Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e as Missões – Campus Frederico Westphalen.

A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA PARA A ENFERMAGEM

Mainara da Silva¹
Jardel Barbieri¹
Fernanda Caroline Davilla¹
Adriel Machado¹
Tais Balzan¹
Loren Aita Riss²

A Psicologia Aplicada a Saúde é uma ciência cujo objeto de estudo inclui a análise, predição e a modificação dos fatores que afetam o comportamento físico, psíquico, modo de ser/ agir dos indivíduos, ou seja, a subjetividade de cada um é evidenciada tornando possível compreender o paciente como um todo. Dessa maneira a psicologia tem grande importância para a enfermagem, pois é essencial que o profissional enfermeiro seja capaz de visualizar e perceber cada sujeito de forma singular, contribuindo assim para um atendimento de qualidade não somente no que diz respeito às intervenções, mas também no entendimento do momento em que o paciente e seus familiares estão vivenciando, seja em uma internação, por exemplo, ou ainda em atendimentos em centros de saúde. A psicologia e a enfermagem, sendo duas áreas que visam à promoção da saúde, se encontram na medida em que uma agrega a outra, fatores determinantes, através do conhecimento do desenvolvimento físico e emocional do sujeito, uma vez que esse aspecto possibilita a prevenção e o tratamento das doenças e a identificação de correlatos e diagnósticos de saúde. Nesse sentido, destaca-se ainda que um olhar mais amplo direcionado para essa questão; evidencia a possibilidade de promover algumas análises, formação e melhoria dos atendimentos, seja no contexto hospitalar, postos de saúde, unidades básicas de saúde, entre outros campos de atuação, tanto dos profissionais da psicologia, como também da enfermagem. Portanto, a contribuição e a troca de informações ocasionadas entre esses profissionais mencionados podem ajudar a compreender melhor o processo emocional do paciente. Compreendendo que essas questões, se bem abordadas, melhoram a relação equipe/paciente/família, fazendo com que o tratamento tenha uma eficácia maior, gerando segurança aos familiares e ao paciente e principalmente promovem uma melhor aderência ao tratamento proposto. Lembrando ainda, que o psicólogo deve manter a compreensão exata de algumas questões e avaliar dados subjetivos do paciente, podendo assim contribuir para que haja flexibilidade ao tratamento médico e que ele possa participar ativamente do tratamento. Para finalizar é importante salientar que as práticas da psicologia devem ser realizadas de maneira que haja consonância no tratamento, troca de informações, mesma linguagem e informações passadas ao paciente, enfim a atitude da equipe envolvida deve ser colaborativa e complementar, incluindo aqui o profissional enfermeiro, o qual possui papel relevante nesse processo.

Palavras-chave: Psicologia. Enfermagem. Práticas profissionais.

¹ Acadêmicos do I Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen.

² Psicóloga. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Denise Raquel de Souza Rodrigues¹

Márcia Casaril dos Santos Cargnin²

Marines Aires³

O presente trabalho tem por finalidade relatar a experiência realizada enquanto acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Frederico Westphalen, em atividade teórica prática com trabalhadores de uma empresa do município de Frederico Westphalen – RS. Foram desenvolvidos quatro encontros em forma de oficinas, nas quais foram abordados as temáticas de acordo com a necessidade dos indivíduos que trabalhavam nesta empresa. O primeiro encontro a temática sugerida e abordada: as doenças do ouvido, a anatomia do ouvido humano, seu funcionamento e como ocorre a condução do som e as principais patologias que acometem os ouvidos como, perfuração da membrana timpânica, impactação de cerúmen entre outras e os cuidados que devemos ter com relação aos ouvidos e a importância de utilizar protetores para assim prevenir agravos que podem levar a grandes danos a audição. No 2º encontro o tema abordado foram as doenças respiratórias, anatomia do sistema respiratório, principais doenças que podem ocorrer devido a presença de poeira no local de trabalho e o uso correto de máscaras de proteção. No 3º encontro o tema foi o sistema cardiovascular, anatomia e funcionamento do coração, algumas patologias (infarto, arritmias) e orientações de prevenção bem como a verificação da Pressão Arterial de cada trabalhador. O 4º encontro abordou o Sistema musculoesquelético. O presente trabalho foi desenvolvido pelos alunos do V semestre do curso de graduação em enfermagem como atividade teórico-prática da disciplina de Saúde Coletiva II A, indo ao encontro à ementa da disciplina Programas e Serviços de saúde pública, dentre as várias políticas estudadas, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador a qual visa à redução dos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde (BRASIL, 2004). A importância de desenvolver essa atividade é de promover a saúde dos trabalhadores, onde a promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “ não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas serve para aumentar a saúde e o bem estar geral.” (CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008). Pois estes trabalhadores muitas vezes estão expostos a sérios riscos, às vezes graves para a saúde, mesmo assim, não se preocupam em fazer uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual, evitando assim acidentes de trabalho.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Enfermagem. Prevenção.

¹ Acadêmica do VII semestre do curso de graduação em enfermagem da URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Frederico Westphalen. Email: de_denii@hotmail.com.

² Enfermeira, especialista em Saúde do Trabalhador pela URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Frederico Westphalen; mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS; docente no curso de Graduação em Enfermagem da URI.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem; Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS (PPGENF); Docente no curso de Graduação em Enfermagem URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Frederico Westphalen.

A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA NA ÁREA DA ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edinara Ragagnin¹
Caroline Ottobelli²

A pesquisa na área da enfermagem teve grande destaque nos últimos anos, mas de certa forma é muito pouco valorizada pela comunidade em geral. Mas ela é de suma importância, pois é através da pesquisa que se busca a resolução de novas formas para os problemas da sociedade. O profissional da enfermagem é analisado por vários critérios metodológico, científico, analítico. Através do trabalho realizado na disciplina de metodologia científica. As Pesquisas na Área da Enfermagem através da apresentação de um seminário podem concluir que na atualidade não basta apenas realizar um curso superior, é preciso seguir buscando qualificação e experiência em uma determinada área, esse estímulo deve partir de nossos professores, são eles que devem despertar nosso lado curioso, crítico, devem nos estimular a curiosidade científica e metodológica, nós enfermeiros, em certas ocasiões, devemos parar e nos questionarmos qual realmente é o nosso papel e de que forma podemos contribuir para com a sociedade. Assim, por meio deste trabalho podemos nos conscientizar da importância da pesquisa e desenvolvimento tecnológico, percebemos que desde que inicia um curso de graduação já tendo oportunidade devemos iniciar pesquisas, buscando contribuir para a nossa área de trabalho, a enfermagem, e seus avanços tecnológicos têm um longo caminho a percorrer, mas a ação para bons resultados deve partir de nós, devemos despertar mais interesse e curiosidade, assim obteremos as muitas respostas que nos são indagadas, pois não são as respostas que movem o mundo, mas sim as perguntas.

Palavras-chave: Metodologia Científica. Pesquisa na Área da Enfermagem.

¹ Acadêmica do I Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

² Enfermeira. Especialista em Saúde do Trabalhador. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

O PAPEL DO ENFERMEIRO

Maieli Sartori¹
Adriana Rotoli²

O enfermeiro como um profissional que, ao exercer o papel do cuidado com o ser humano em suas necessidades básicas de saúde, tem a consciência de que o paciente sob seus cuidados é, antes de tudo, um ser humano que necessita ser visto e compreendido de forma holística. Enquanto se encontra sob cuidados em uma Unidade de Saúde, o paciente é uma pessoa carente de atenção e de carinho, desejando ser compreendida e protegida em sua insegurança diante de seu quadro de saúde. O Enfermeiro é o profissional mais próximo do paciente durante um período de internação, ouvindo suas queixas e receios. Para se tornar um profissional, o Enfermeiro passa por experiências que o transformam também como pessoa, pois convivendo com a dor do outro, adquire a compreensão mais profunda sobre o ser humano que, naquele momento, não é somente um portador de doenças, mas um ser com corpo, alma, sentimentos, pensamentos e emoções. A enfermagem tem como precursora Florence Nightingale no século XIX, uma personagem ousada que revelou toda a coragem da qual uma mulher da época é capaz. Suas ações na Guerra da Crimeia definiram o verdadeiro papel da Enfermagem, criando assim o perfil da profissão que tem, em Florence, o seu espelho. Cuidar do outro não é só cuidar do corpo, é cuidar também da mente e emoção, é lidar permanente nas subjetividades que estão colocadas em relação enfermeiro e paciente. Assim, esse profissional que cuida do outro vai também buscar escutar e dialogar. O desafio para a enfermagem é insistir na prática do cuidado ao ser humano, como atividade primordial e, ainda, um meio de valorização profissional.

Palavras-chave: Enfermeiro. Profissional. Cuidado.

¹ Acadêmica do I Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

A IMPORTÂNCIA DA MUSICOTERAPIA¹

Edinara Ragagnin²

Caroline Ottobelli³

Com o decorrer dos anos vem sendo desenvolvida uma técnica na área da saúde, em hospitais, clínicas de reabilitação: A Musicoterapia. Os profissionais da saúde introduzem a música como forma de auxílio no tratamento das mais variadas doenças sejam elas de ordem física, emocional ou mental. Existem cursos para a formação de musicoterapeutas, porém ela pode ser praticada por médicos e enfermeiros, não necessariamente por um profissional específico. A musicoterapia como disciplina teve início no século 20, após as duas guerras mundiais, quando músicos amadores e profissionais passaram a tocar nos hospitais de vários países da Europa e Estados Unidos, para os soldados veteranos. Logo os médicos e enfermeiros puderam notar melhoras no bem-estar dos pacientes. De lá para cá, a música vem sendo cada vez mais incorporada às práticas alternativas e terapêuticas. Em 1972, foi criado o primeiro curso de graduação no Conservatório Brasileiro de Música, do Rio de Janeiro. Hoje, no mundo, existem mais de 127 cursos, que vão da graduação ao doutorado. No âmbito do campo profissional ainda há muito preconceito, pois muitos não se inserem nesta técnica e não a valorizam, assim como muitas pessoas da sociedade não acreditam na proporção de bem-estar e o alto índice de melhora que a música pode trazer aos doentes. O fato de uma pessoa adquirir uma doença grave, ou por si só ter de ficar dias, ou até meses de sua vida em um leito de hospital isso traz tristeza, desalento não só para o doente, mas para a família que o acompanha e vê seu desânimo. A música trabalha os hemisférios cerebrais, promovendo o equilíbrio entre o pensar e o sentir. A melodia trabalha o emocional, a harmonia, o racional e a inteligência. A força organizadora do ritmo provoca respostas que dão suporte para a obtenção de movimentos, e expressão corporal. Cada ritmo musical produz um trabalho e um resultado diferente no corpo. Assim há músicas que provocam nostalgia, outras alegria, tristeza, melancolia. A musicoterapia ajuda a estimular a memória, a atenção e a concentração, o contato com a realidade e o esforço da identidade. Trabalha-se ainda a estimulação sensorial, a autoestima e a expressão dos sentimentos. A melhor forma que o tratamento com música pode ajudar é que ela torna os obstáculos da doença mais amenos e de certa forma mais fáceis de serem ultrapassados. A escolha da música irá depender do gosto e também do estado em que o paciente se encontra. De certa forma há uma grande necessidade da musicoterapia ser divulgada para a população os profissionais apresentarem a sua importância perante um tratamento, e tentarem apresentar que realmente ela acarreta bons resultados, ela ameniza a dor, e traz uma melhora físico-espiritual. Segundo Backes, D. S. et al., (Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. **Revista Nursing**, v. 66, n. 6, p. 37-42, 2003), p. 42 apud Fonseca, K. C. et al. (Credibilidade e Efeitos da Música como Modalidade Terapêutica em Saúde, **Rev, Eletrônica de Enf.**, v. 8, p. 3-10, 2006). A influência da música é positiva e contribui de forma eficaz para as relações interpessoais estabelecidas entre profissionais e clientes, se desenvolve de forma mais saudável. A música é uma preciosa alternativa terapêutica, capaz de modificar atitudes e comportamentos, estado de ânimo e, sobretudo, as relações interpessoais.

Palavras-chave: Musicoterapia. Qualidade de Vida. Música. Profissionais da Saúde.

¹ Resumo do Artigo: Credibilidade e Efeitos da Música como Modalidade Terapêutica.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen R/S edinarah_ragagnin@hotmail.com.

³ Enfermeira, Professora da URI – Campus de Frederico Westphalen, mestranda em educação. caroline@uri.edu.br.

A presente edição foi composta pela editora URI, em caracteres
Garamond, formato online, em julho
de 2012.