

Nursing

edição brasileira

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



www.revistanursing.com.br

ANO 21 • EDIÇÃO 242
JULHO 2018

ENTREVISTA

Sérgio Alves fala sobre o 10º Congresso Brasileiro Nursing: palestras, debates e muito conhecimento envolvido

ARTIGOS

Conhecimento dos cuidadores de idosos institucionalizados sobre prevenção de quedas em Fortaleza-CE

Caracterização de idosos diabéticos e fatores associados à adesão terapêutica na Atenção Básica de Saúde

Características sociodemográficas e opiniões sobre a instituição de pacientes com hanseníase residentes em um hospital

A tendência do papel do professor no processo de aprendizagem

ARTIGO

Atividade sexual em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio



Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama

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

Não é antimicrobiano.

Não é desbridante.

Não é AGE.



Acelerando a cicatrização

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

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

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

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

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

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

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA CIENTÍFICA

MPM Comunicação

EDITORA EXECUTIVA

Maria Aparecida dos Santos

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br ou

www.revistanursing.com.br/publique-seu-artigo

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

PUBLICIDADE

maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

PAUTA

artigo@mpmcomunicacao.com.br

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

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

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

Periodicidade: mensal | **Tiragem:** 20 mil exemplares

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 21 / R\$880,00

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

Acesse: www.revistanursing.com.br



Conselho Científico da Edição Brasileira

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

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

Prof.ª Dra. Ana Claudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Prof. Dr. David Lopes Neto

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

Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

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

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

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

Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira

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

Dra. Luiza Watanabe Dal ben

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil(2005) Atua desde 1992 na área de assistência domiciliar.

Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira

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

Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

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

Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerck

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

Prof.ª Marluce Maria Araújo Assis

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

Prof.ª Dra. Mirna Frota

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

Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Prof.ª Sandra Arantes

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

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

Doutorado em Biotecnologia. Mestrado em Reabilitação. Especializações em Urgência e Emergência, U.T.I e Saúde Pública. Graduação em Enfermagem. Professor nas universidades Anhanguera de São Paulo e Nove de Julho (UNINOVE) nos cursos de graduação e pós-graduação.

Prof. Dr. Sérgio Henrique Simonetti

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Inter unidades de Doutorado em Enfermagem EEUSP-EERP-USP. MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde - Fundação Getúlio Vargas - FGV. Especialização em andamento em Educação e Tecnologia. Especialização em Gestão Pública. Especialização em Informática em Saúde. Residência em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Coordenador da Unidade Várzea do Carmo - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em ambulatório de exames cardiológicos não invasivos.

O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

Crédito das fotos de capa:

Imagens ilustrativas: CanStockPhoto

Propriedades e direitos

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



Editorial	2239
Notícias	2240
Agenda	2245
Normas de Publicação	2245
Entrevista	2246

Artigos Científicos

Conhecimento dos cuidadores de idosos institucionalizados sobre prevenção de quedas em Fortaleza-CE <i>Knowledge of caregivers of institutionalized elderly people on falls prevention in Fortaleza-CE</i> <i>Conocimiento de cuidadores de ancianos institucionalizados sobre prevención de caídas en Fortaleza-CE</i> <i>Hyanara Sâmea de Sousa Freire, Isabella Lima Barbosa, Annielly da Costa Diniz, Lanihelena Silvino da Silva, Elizabete Djoco, Bruna Michelle Belém Leite Brasil</i>	2248
Caracterização de idosos diabéticos e fatores associados à adesão terapêutica na Atenção Básica de Saúde <i>Characterization of elderly diabetic patients and factors associated with membership in Primary Health Care</i> <i>Caracterización de los pacientes diabéticos ancianos y los factores asociados con la adherencia en la Atención Primaria de la Salud</i> <i>Rosângela Alves Almeida Bastos, Maria das Graças Melo Fernandes, Rosilene Alves de Almeida, Francisca das Chagas Alves de Almeida, Gutenberg Alves Pequeno, Jacqueline Kércia de Souza Ribeiro, Tatiana Ferreira da Costa</i>	2254
Atividade sexual em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio <i>Sexual activity in patients after acute myocardial infarction</i> <i>La actividad sexual en pacientes después agudo de miocárdio</i> <i>Leandro Bulhões de Lemos Moraes, Cristiane Simone Schulzbach, Liniker Scolfild Rodrigues da Silva, Kelly Cristina de Torres Lemes</i>	2260
A tendência do papel do professor no processo de aprendizagem <i>The trend of the teacher's role in the learning process</i> <i>La tendencia del papel del profesor en el proceso de aprendizaje</i> <i>Priscilla Cerullo Hashimoto, Maria Cristina de Mello Ciaccio, Grazia Maria Guerra</i>	2264
Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama <i>Communication between health professional and patient: perceptions of women with breast cancer</i> <i>La comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes: percepciones de las mujeres con cáncer de mama</i> <i>Márcia Aparecida Padovan Otani, Nelson Filice de Barros, Maria José Sanches Marin, Adriana Avanzi Marques Pinto</i>	2272

Trabalho de enfermagem gerador de sentimentos ambivalentes

Desejo refletir com meus colegas da Enfermagem sobre os sentimentos reconhecidos no exercício da profissão.

Colegas, o sofrimento inerente à existência humana tem levado a preocupação dos organismos internacionais. Com relação à depressão a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que esta é responsável por 4,3% da carga global das doenças e está entre as maiores causas de incapacidade no mundo, particularmente para as mulheres. Só esse dado revela que o sofrimento emocional está aumentando em toda a população e em todo o mundo.

Além da carga pessoal da vida, nós, profissionais de Enfermagem temos sobrecarga, ou seja, a pressão exercida pela superlotação de pacientes presentes nos serviços públicos, a assistência fragmentada, caracterizada na maioria por ações, muitas vezes, desarticulada do cuidado integral em saúde, a vivência e a gestão permanente de conflitos no cotidiano das relações com a equipe de saúde, da própria profissão, por parte de pacientes e familiares, somada a grandes cargas de trabalho e remuneração não adequada.

Os profissionais de Enfermagem tem como objeto de trabalho o ser humano e o cuidado é o seu resultado, mas, não apenas o cuidado do corpo, mas o cuidado integral. Nós cuidamos da pessoa, geralmente, em grande fragilidade e carregando cargas de sofrimento.

O cuidado de Enfermagem a outro ser humano é gerador de sentimentos ambivalentes: de realização profissional e de sofrimento. Amamos o que fazemos, mas sofremos, por estabelecer vínculos com a pessoa e, caso ela não responda aos nossos esforços cuidando de sua vida sobrevêm o desconforto, o sentimento de incapacidade. Mas mesmo assim, ficamos ali, até o fim. Usamos mecanismos

de defesa para encobrir nosso pesar, choramos escondidos, sofremos. No minuto seguinte, temos que sorrir, pois nova internação será feita no mesmo leito e novos vínculos criados, para dar sentido a integralidade do cuidado.

A prática laboral é uma instância primordial da relação entre o indivíduo e a sociedade, além de suporte fundamental da nossa identidade, forma de expressão de capacidades e fonte de subsistência material. No trabalho da Enfermagem, nossa identidade nem sempre é reconhecida como de prestígio e novamente, sobrevém o sofrimento emocional.

Nós nos sentimos sozinhos, sofremos por nós mesmos e pelo sofrimento dos que necessitam de nosso cuidado, logo sobrevêm o queixume, a desesperança, o estresse, a depressão.

A meu ver colegas, precisamos propor no nosso local de trabalho, um lugar relacional, onde possamos compartilhar tanto a alegria quanto o sofrimento.

O trabalho, que muitas vezes, significou a via de acesso às oportunidades de participação social, de ascensão, de melhoria das condições concretas de sobrevivência que pode passar a ser apenas referência de dor emocional.

Temos que assumir que somos os autores da nossa história profissional e que nossos colegas, são partícipes dessa passagem e de sentimento semelhantes aos nossos.

Se não conseguirmos superar o distanciamento e reconhecer nossa identidade profissional, como de grande valia, dificilmente faremos nossa profissão ser dignificada e forte, pois ela é construída por cada um de nós, profissionais que amam o que fazem, mas que sofrem pela vivência cotidiana do sofrimento humano. 🐦

Desejo a todos uma ótima leitura na companhia da Revista Nursing!



Dorisdaia Carvalho de Humerez
 Profa. Adjunta Doutora da UNIFFESP (1986-2000); Doutorada em Enfermagem pela USP; Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior. Coordenadora da Câmara de Educação e Pesquisa - Cofen

“Se não conseguirmos superar o distanciamento e reconhecer nossa identidade profissional, como de grande valia, dificilmente faremos nossa profissão ser dignificada e forte, pois ela é construída por cada um de nós”

Campanha combate a desnutrição hospitalar

Doença é a mais prevalente nos hospitais em todo o mundo. BRASPEN reúne-se com o ministro da Saúde para divulgar iniciativa

Por Ana Cappellano

Representantes da **Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE)** estiveram com o **ministro da Saúde, Gilberto Occhi**, no dia 8 de maio, em Brasília/DF, para apresentar a campanha **“Diga Não à Desnutrição”**. A Prof.^a Dra. Maria Isabel Correia e o Dr. Fabiano Girade Correa convidaram o ministro para o fórum que vai marcar o “Dia D” da iniciativa, no dia 6 de junho, na capital federal.

Esta é a primeira edição da campanha idealizada pela BRASPEN, que tem como objetivo alertar a população e, principalmente, os profissionais de saúde sobre a prevalência e os problemas causados pela desnutrição nas unidades hospitalares. Segundo Dra. Maria Isabel, médica especialista em nutrição e uma das autoras de estudo recente que apontou que as taxas de desnutrição em pacientes internados na rede pública de saúde podem chegar a 60%, a desnutrição é a doença mais prevalente nos hospitais do mundo e no Brasil. “Se considerarmos que 50% dos pacientes hospitalizados estão desnutridos, menos de 15% recebem terapia nutricional. Isso é, sem dúvida, um problema que indica que os nossos pacientes, além de não estarem sendo diagnosticados, não são tratados”, observa.

“Nosso objetivo é reduzir essas taxas inaceitáveis por meio de uma série de ações que incluem a triagem, o diagnóstico, manejo e tratamento da desnutrição. Por isso, criamos 11 passos que devem ser implementados na rotina hospitalar



“Diga Não à Desnutrição” é apresentada ao Governo. Da esquerda para a direita, o ministro da Saúde, Gilberto Occhi, e os representantes da BRASPEN, Prof.^a Dra. Maria Isabel Correia e Dr. Fabiano Girade Correa

e desde janeiro temos promovido palestras e discussões direcionadas aos profissionais assistenciais para difundir a ideia”, comenta o presidente da BRASPEN, Diogo Toledo. O médico nutrólogo acrescenta que um dos destaques do fórum em Brasília será pleitear o direito do paciente de receber a suplementação oral.

Lilian Mika Horie, nutricionista da BRASPEN, explica que o diagnóstico precoce da desnutrição em pacientes hospitalizados pode evitar inúmeras complicações do quadro de saúde, entre as quais, o atraso no processo de cicatrização e a maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão. “A identi-

cação precoce evitará uma série de complicações, como pior resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no tempo de internação e do risco de mortalidade e reincidência de internação. Além de reduzir consideravelmente os custos hospitalares, uma vez que o desembolso anual com doenças associadas à desnutrição é de U\$156 bilhões”, aponta.

Para conhecer os 11 passos da campanha e acompanhar suas ações, visite o [hotsite **braspem.org/diga-nao-a-desnutricao**](http://braspem.org/diga-nao-a-desnutricao).

FONTE: BRASPEN/SBNPE

Facebook lança ferramenta para incentivar doação de sangue no Brasil

A partir de agora os usuário do Facebook poderão se registrar como doadoras de sangue nessa grande mídia social, e serão notificadas quando existirem oportunidades de doação por perto. Para isso será necessário se cadastrar na nova ferramenta do Facebook, as informações cadastrais permanecerão, por padrão, privadas e definidas como visibilidade “Somente eu”, mas as pessoas poderão compartilhar seus status de doadoras.

Essa iniciativa foi o resultado de um trabalho conjunto da plataforma com o Ministério da Saúde, bancos de sangue e especialistas em saúde, para garantir que essa nova ferramenta passe a beneficiar pessoas de todo o país.

Fonte: Ministério da Saúde

Rio de Janeiro publica Lei do Piso Salarial da Enfermagem

Foi publicado em maio 2018, no diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, a Lei do Piso Salarial. Lei 7.898/2018.

O piso salarial retroativo a janeiro de 2018, será aplicável à jornada de 30h semanais para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que não tenham salário definido por lei Federal, convenção ou acordo coletivo.

Segundo a deputada e enfermeira Rejane (PCdoB) autora da emenda, esse é um grande passo para garantir um salário e uma jornada justa para a categoria.

Fonte: Ascom- Confen

Inscrições de pesquisa sobre o Zika é prorrogada

O prazo para pesquisadores e cientistas inscreverem projetos que contribuam na prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções causadas pelo vírus Zika e doenças correlacionadas foi prorrogado até o dia 10 de agosto. O edital prevê no total R\$ 65 milhões para o desenvolvimento de estudos em nove linhas de pesquisas relacionados ao assunto.

Para participar, os pesquisadores devem encaminhar os projetos pelo site do CNPq juntamente com o Formulário de Propostas online, disponível na Plataforma Carlos Chagas. Lembrando que o projeto deve estar inserido dentro de uma das nove linhas temáticas de pesquisas relacionadas ao vírus Zika.

Fonte: Agência Saúde / Victor Maciel

calçado profissional
antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



LÁTEX FREE
CABEDAL

Soft Works
PROFESSIONAL SHOES

APAE AMIGO DA FLORESTA WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS (16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br



O Centro Universitário São Camilo realiza atividades educacionais na área da saúde há mais de 50 anos e é uma das principais referências nessa área no Brasil.

- **CURSO TÉCNICO**
- **GRADUAÇÃO**
- **PÓS-GRADUAÇÃO**
LATO SENSU
STRICTO SENSU

SÃO CAMILO ENFERMAGEM

INSCRIÇÕES ABERTAS

Confira a lista completa de cursos no site:
saocamilo-sp.br ou pelo **0300 017 8585**



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO



Única enzima

Kollagenase contém a única enzima que promove a degradação seletiva do colágeno.^{1,2}

Não agride o tecido saudável

Mesmo o tecido de granulação recentemente formado.^{1,3,4,5,6}

Referências Bibliográficas: 1. Torre I, Bou JE, Paggi B. La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación del lecho de la herida. *Revista ROI. Enf* 2013;36(2):109-14. 2. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *Wounds* 2002;14(2):47-57. 3. Allipour H, Raz A, Zakeri S, Djajid ND. Therapeutic applications of collagenase (metalloproteases): A review. *Asian Pac J Trop Biomed* 2016;6(11):975-81. 4. Varma AO, Bugalich E, German FM. Debridement of dermal ulcers with collagenase. *Surg Gynecol Obstet.* 1975;136(2):281-2. 5. McCallon SK, Weir D, Lantis JC 2nd. Optimizing wound bed preparation with collagenase enzymatic debridement. *J Am Coll Clin Wound Spec.* 2015;6(1-2):14-25. 6. Waycaster CR, Gilligan AM, Milne CT. Pressure ulcer treatment in a long-term care setting: wound bed healing with clostridial collagenase ointment versus hydrogel dressing. *Chronic W Care Manag Res.*2014;1:49-56.

CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FORMULAÇÃO. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** KOLLAGENASE NÃO DEVE SER UTILIZADA COM ANTISSEPTICOS. **Kollagenase** colagenase – pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Como desbridante enzimático para o tratamento de lesões da pele em que é indicado o desbridamento em feridas, úlceras e lesões necróticas em geral; gangrenas de extremidade; lesões por congelamento; condições associadas à difícil cicatrização; queimaduras; previamente ao transplante de pele. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à colagenase ou a qualquer outro componente da formulação. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Se não houver melhora após 14 dias, consultar seu médico. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km14, Itapira-SP - CNPJ Nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 7011918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bisnaga/Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA LIVRE** - Reg. MS nº 1.0298.0431. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

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

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
1ª Conferência de Saúde das Mulheres do Distrito Federal	30 de junho a 01 de julho	Brasília / DF	Telefone: (61) 3328-7740 Site: www.aben-df.com.br/cursos_e_eventos/2017/1_conferencia_saude_mulher_df/1_conferencia_saude_mu
12º ENDOSUL - Congresso de Endocrinologia e Metabologia da Região Sul	05 a 07 de julho	Florianópolis / SC	Site: www.endosul2018.com.br Telefone: (48)3231-0336
Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ)	10 a 13 de julho	Fortaleza / CE	Telefone: (21) 2560-8699 Site: goo.gl/8qHvjf
III Simpósio de Estomaterapia do Sul	20 a 22 de julho	Florianópolis / SC	Telefone: (51)3076-7002 Site: goo.gl/ZCQuR4
12º Congresso Brasileiro Saúde Coletiva	26 a 29 de julho	Rio de Janeiro / RJ	Telefone: (21) 2548-5141 Site: www.saudecoletiva.org.br/index.php
23º Congresso Brasileiro Multidisciplinar em Diabetes	23 a 29 de julho	São Paulo / SP	Telefone: (11) 5908-6777 Site: www.anad.org.br/eventos/congresso/objetivos-educacionais/

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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

- 01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos um autor deve ser assinante da revista.
- 03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).
- 04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.
- 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br
- 06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).
- 15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.

10º Congresso Brasileiro Nursing: Palestras, debates e muito conhecimento envolvido

Em agosto ocorrerá o Congresso Nursing confira as principais ações e discussões promovido pela Revista Nursing

Por Letícia Leivas Munir



Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Morais Júnior

Doutor em Biotecnologia em Saúde. Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal. Especialista em Urgência e Emergência, Docência para o Ensino Superior, Unidade de Terapia Intensiva, Metodologias para a Educação à Distância e em Saúde Pública. Graduação em Enfermagem. Autor e colaborador em capítulos de livros e artigos na área da enfermagem. Professor na Universidade Nove de Julho, em São Paulo. Professor Titular no Grupo Kroton Educacional, em São Paulo. Professor convidado no Centro de Estudos em Nutrição e Enfermagem (CEEN) em convênio com a Universidade PUC-Goiás e na Universidade Estácio de Sá (Rio de Janeiro e São Paulo). Editor Científico da Revista Saúde Coletiva Barueri. Membro do Conselho Científico das Revistas Feridas e Nursing Brasil.

O 10º Congresso Brasileiro Nursing ocorrerá nos dias 29 e 30 de agosto, com o tema “Multidisciplinaridade em Saúde: Integrando Saberes”. O tema central é um convite para todos os enfermeiros interessados a sempre obter mais informação em seu trabalho. O evento está sob a presidência do Enfermeiro Sérgio Alves que contará um pouco sobre o que esperar do 10º Congresso Brasileiro Nursing.

Revista Nursing: Fale brevemente de sua trajetória profissional e dos fatores que motivaram sua atuação no campo da Saúde, em específico a Enfermagem.

Sérgio Luis Alves de Morais Júnior: Iniciei na Enfermagem como muitos, através da profissão de auxiliar de enfermagem. Em 1999, após atuar como tal em hospitais e em assistência domiciliar, decidi cursar a graduação em Enfermagem, que me habilitou como enfermeiro em 2006. Desde então, cursei cinco especializações, mes-

trado, doutorado e atualmente estou iniciando o meu primeiro pós-doutorado. Sou escritor de livros, juntamente com um grupo de profissionais, membro do conselho editorial das revistas Nursing e Feridas e editor científico da Revista Saúde Coletiva Barueri. Toda essa trajetória foi construída objetivando sonhos, que eram o de ser professor Universitário e pesquisador, cargos que ocupo atualmente em instituições renomadas no Brasil.

Revista Nursing: O que significa ser o Presidente do 10º Congresso Nursing?

Morais Júnior: Ser presidente desse grandioso evento tem vários significados, dentre eles o de satisfação profissional e pessoal e, principalmente, o de poder compartilhar conhecimentos e estimular as pessoas a deixarem o senso comum e serem guiadas pelo embasamento científico, que traz autonomia e respaldo ao profissional, independente de sua área de atuação no campo da saúde.

Revista Nursing: O tema do “10º Congresso Brasileiro Nursing, 1º Congresso Internacional em Saúde Coletiva e 1º Congresso Internacional Feridas é “Multidisciplinaridade em Saúde: Integrando saberes”. Qual a importância desse assunto para os setores ou profissionais que atuam na Enfermagem?

Morais Júnior: Este tema aborda, principalmente, a importância da multidisciplinaridade em saúde e a integração dos saberes, demonstrando que o conhecimento deve ser compartilhado entre os profissionais da mesma área de atuação e entre todos os membros que atuam em saúde. A atuação multiprofissional se faz relevante, pois cada profissional tem um tipo de saber específico e é a integração desses saberes que transformar a fragmentação em assistência integral ao indivíduo.

Revista Nursing: Existem desafios na formação de novos profissionais da enfermagem?

Morais Júnior: Desafios existem e

Revista Nursing: Quais serão os palestrantes do 10º Congresso Brasileiro Nursing?

Morais Júnior: O Congresso Nursing foi elaborado conforme as necessidades do enfermeiro. Dessa forma selecionamos os melhores profissionais da área da saúde para fomentar discussões sobre diversos assuntos ligado ao tema, em especial "A Enfermagem". E contamos com um forte time de palestrante, que são:



Maria Julia Paes



Renato Kfourri



Laércio Neves



Marcelo Chanes



Fabricio Rech



Ana Elia Petrone



Luiza Dal Ben



Caroliny Guimarães



Mara Blanck



Tamara Cianciarullo



Maria Alice Lelis



Conceição da Silva-Ohara

existirão sempre que qualquer indivíduo pensar em um novo passo ou em ter um novo rumo para sua vida. A formação do enfermeiro contemporâneo vai ao encontro de muitas mudanças que estão ocorrendo de forma abrupta no Brasil. O ensino de Enfermagem está sendo voltado para atuação do estudante como protagonista de seu aprendizado, ou seja, as universidades estão atuando mediante metodologias ativas, as quais devem despertar o interesse dos estudantes na resolução de conflitos e na busca do conhecimento. Associadas a esta nova perspectiva de ensino, estão as modalidades de educação a distância, de modo que o estudante precisa estar bem preparado, não apenas para ser o protagonista de sua aprendizagem, mas também para ter o domínio das tecnologias de informação.

Revista Nursing: O evento contará com quais modalidades para o aprendizado? Fale um pouco mais sobre o evento.

Morais Júnior: Este evento contará com mesas redondas para discussões de assuntos nas diversas áreas do conhecimento e dentro dos eixos temáticos do congresso. Teremos também apresentações de palestras com profissionais renomados na área da saúde, nos mais diversos assuntos de interesse coletivo e voltados à multidisciplinaridade. Serão apresentados trabalhos científicos nas modalidades oral e pôster, com pesquisadores de diversos locais.

Revista Nursing: Qual o principal destaque para esse grande Congresso?

Morais Júnior: O principal destaque será voltado às discussões sobre o

atendimento multi e interdisciplinar em saúde e como este pode beneficiar os pacientes, familiares e também a equipe que trabalha na perspectiva de junção de saberes, promovendo a visão holística e o atendimento integral ao indivíduo.

Revista Nursing: Os conhecimentos apresentados no 10º Congresso Nursing poderão ser aplicados em todos os segmentos da saúde?

Morais Júnior: Os conhecimentos a serem compartilhados neste evento são aplicáveis a qualquer profissional da área da saúde, haja vista que o evento é multidisciplinar. Todo saber é bem vindo ao profissional, ainda mais àqueles engajados em buscar conhecimentos científicos, que são a base para a autonomia e o respeito profissional. 🐦

Conhecimento dos cuidadores de idosos institucionalizados sobre prevenção de quedas em Fortaleza-CE

RESUMO | Este estudo objetivou avaliar o conhecimento dos cuidadores de idosos institucionalizados com relação à prevenção de quedas. Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, realizado em setembro de 2016, com 39 cuidadores de duas instituições de longa permanência para idosos (ILPI), de Fortaleza-CE, utilizando questionário. Predominaram mulheres, casadas, com mais de 50 anos e Ensino Superior completo. A maioria tem até cinco anos de experiência como cuidadora de idosos e fez curso relativo à função promovido pela instituição. Os cuidadores acertaram 83% das questões que abordavam adaptação da moradia, fragilidades, cuidados em geral e estratégias de prevenção de quedas. Temas como patologias e medicações que influenciam em quedas, estratégias para melhor circulação do idoso e cuidados com deficientes visuais demonstraram maior carência de conhecimento. Observou-se a importância da educação continuada dos cuidadores e da atuação da enfermagem junto às ILPI para prevenir quedas e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chaves: cuidadores; institucionalização; acidentes por quedas.

ABSTRACT | This study aimed to evaluate the knowledge of caregivers of institutionalized elderly people on falls prevention. It is an exploratory, quantitative study carried out in September 2016 with 39 elderly caregivers from two long-term institutions, located in Fortaleza-CE, using a questionnaire. Prevailed women, married, over 50 years old, with completed higher education. Most of them have up to five years of experience as caregiver of elderly people and have taken courses related to the role promoted by the institution. Caregivers answered correctly 83% of the questions about housing adaptation, fragilities, general care and fall prevention strategies. Subjects such as pathologies and medications that influence falls, strategies for better circulation of the elderly and care for the visually impaired have demonstrated a greater lack of knowledge. It was possible to observe the importance of the continuous education of the caregivers and the nursing performance in these institutions to prevent falls and to improve the quality of life of the elderly people.

Keywords: caregivers; institutionalization; accidental falls.

RESUMEN | Este estudio objetivó evaluar el conocimiento de cuidadores de ancianos institucionalizados sobre prevención de caídas. Es un estudio exploratorio, cuantitativo, realizado en septiembre de 2016, con 39 cuidadores de dos instituciones de larga permanencia para ancianos, ubicadas en Fortaleza-CE, utilizando cuestionario. Prevalcieron mujeres, casadas, con más de 50 años y enseñanza superior completa. La mayoría tiene hasta cinco años de experiencia como cuidador de ancianos e hicieron cursos relativos a la función promovidos por la institución. Los cuidadores acertaron 83% de las cuestiones sobre adaptación de la vivienda, fragilidades, cuidados en general y estrategias de prevención de caídas. Temas como patologías y medicamentos que influyen en caídas, estrategias para mejor circulación del anciano y cuidados con deficientes visuales demostraron mayor carencia de conocimiento. Se observó la importancia de la educación continuada de los cuidadores y de la actuación de la enfermería en estas instituciones para prevenir caídas y mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Palabras claves: cuidadores; institucionalización; accidentes por caídas.

Hyanara Sâmea de Sousa Freire

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Ceará (RESENFU/UFC). Preceptora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Isabella Lima Barbosa

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e da Faculdade do Nordeste (FANOR).

Annielly da Costa Diniz

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Lanihelena Silvino da Silva

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Elizabete Djoco

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Bruna Michelle Belém Leite Brasil

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela UECE. Mestre em Enfermagem pela UFC. Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Recebido em: 20/01/2018

Aprovado em: 19/04/2018

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por um acelerado processo de envelhecimento populacional. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer era de 69,83 anos em 2000, subindo para 75,72 em 2016, e estima-se que, em 2030, seja de 78,64 anos.¹

A idade avançada e as mudanças provocadas por morbidades associadas afetam múltiplos sistemas do organismo que controlam equilíbrio, locomoção, mobilidade e marcha, aumentando o risco de traumas por queda. Por isso, o aumento da população idosa traz a necessidade de desenvolver melhores cuidados à prevenção de quedas, uma das principais causas de fratura em idosos.²

O Estatuto do Idoso define que em caso de inexistência de grupo familiar, casa-lar ou em situação de abandono ou de carência de recursos financeiros próprios ou da família, a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência deverá ser prestada ao idoso.³

A institucionalização, entretanto, acarreta o aumento dos fatores de risco para quedas, ao passo que a mudança de ambiente para os idosos antes inseridos em um ambiente familiar pode predispor alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas ao isolamento, ao abandono e à inatividade física, o que resulta no aumento da dependência para realização de atividades de vida diária (AVD) e em consequente redução da capacidade funcional.⁴

Nesse contexto, considerando que, em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), os cuidadores são os responsáveis pelo auxílio em atividades cotidianas e cuidados em geral dos idosos, faz-se necessário que estes tenham conhecimento adequado para identificar e prevenir situações de risco para quedas no dia-a-dia do idoso.

Além disso, entendendo como responsabilidade da enfermagem a promoção e a educação em saúde, este estudo

permite identificar aspectos que merecem ser trabalhados junto aos cuidadores a fim de reduzir a ocorrência de quedas em ILPIs. Deste modo, objetivou-se avaliar o conhecimento dos cuidadores de idosos institucionalizados com relação à prevenção de quedas.

Método

Trata-se de um estudo exploratório do tipo quantitativo realizado em setembro de 2016 em duas instituições de longa permanência (ILPS), A e B, localizadas na ci-

"Este estudo é parte da pesquisa intitulada **Prevenção de Quedas: Equilíbrio e Marcha em Idosos Institucionalizados, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista"**

dade de Fortaleza-CE. A instituição A, de responsabilidade da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) de Fortaleza, é destinada ao acolhimento de idosos, de ambos os sexos, vítimas de violência doméstica, negligência e abandono, abrigando 87 idosos e contando com apoio de 53 cuidadores. A instituição B é uma instituição privada associada à Igreja Católica, gerida por freiras e recebe apenas idosas do sexo feminino, lúcidas e oriundas de várias localidades, abrigando 31 idosas e contando com 9 cuidadoras.

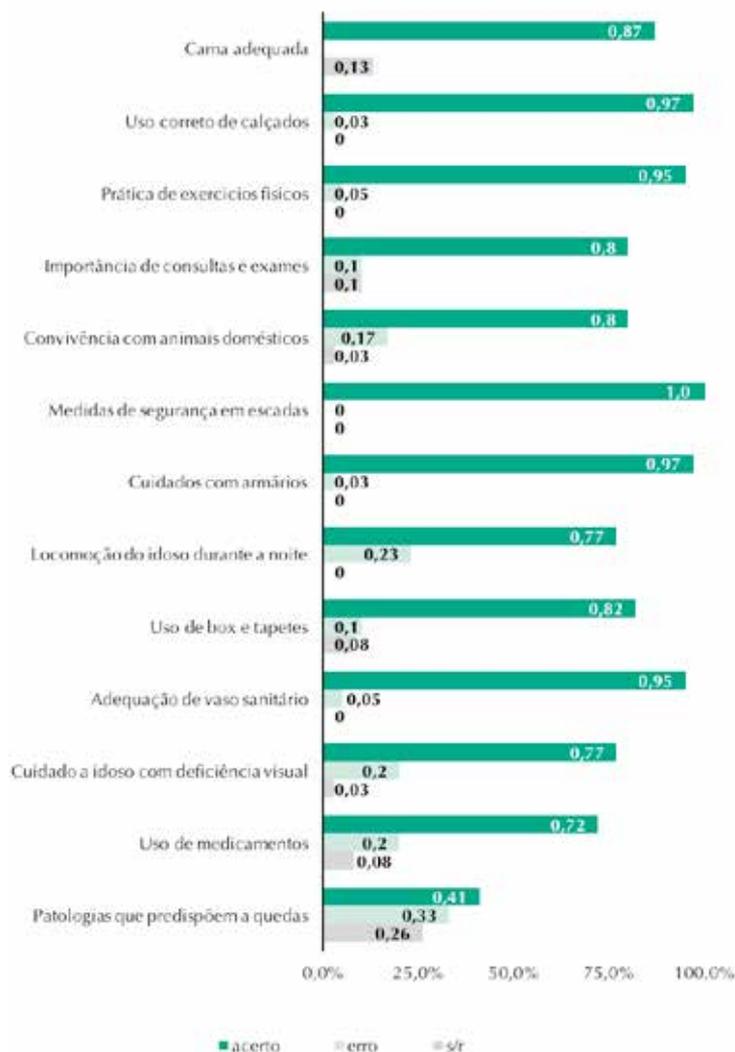
Assim, a população do estudo foi composta por 62 cuidadores de idosos que atuavam nas referidas instituições. Com o intuito de estudar toda a população e refletir a realidade dos serviços estudados, foram incluídos na amostra todos os cuidadores (100%) que compunham o quadro efetivo das instituições. Entretanto, durante o período de coleta de dados, três cuidadores se encontravam de licença, quatro estavam afastados com atestado médico, 11 se recusaram a participar e cinco estavam ausentes por outros motivos. Deste modo, a amostra final foi composta por 39 cuidadores de idosos.

A coleta de dados se deu por meio de um questionário padrão, elaborado pelos pesquisadores, fundamentado em manuais do Ministério da Saúde e Cadernos de Atenção Básica que contextualizam a pessoa idosa. Este foi composto por 21 itens, sendo oito questões relacionadas a perfil sociodemográfico, capacitação e experiência dos cuidadores e 13 perguntas referentes a fatores de risco, cuidados gerais e medidas de segurança para a prevenção de quedas em idosos. Foi realizado teste piloto previo à pesquisa para validação do instrumento utilizado.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel 2016 e passaram por análise univariada, utilizando medidas de estatística descritiva, frequência absoluta e relativa. Os resultados da análise foram dispostos em tabelas e gráficos para facilitar a compreensão dos achados e discutidos de acordo com a literatura pertinente a fim de identificar o conhecimento dos cuidadores de idosos institucionalizados na prevenção de quedas.

Este estudo é parte da pesquisa intitulada **Prevenção de Quedas: Equilíbrio e Marcha em Idosos Institucionalizados**, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista (parecer nº 788.693). Respeitando os princípios éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos, os dados foram coletados com o consentimento dos participantes e pos-

Gráfico 1. Distribuição de respostas de cuidadores de idosos em ILPI sobre temas relacionados à prevenção de quedas, Fortaleza-CE, 2016.



terior à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o sigilo sobre todas as informações, bem como a liberdade de se recusarem a participar ou de se retirarem do estudo, a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo.⁵

Resultados

A análise dos dados quantitativos permitiu identificar o perfil sociodemográfico dos cuidadores de idosos que trabalham em duas instituições de longa permanência para idosos em Fortaleza-CE, a capacita-

ção e a experiência destes profissionais, bem como o conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos.

A tabela 1 evidencia que 62% dos cuidadores são do sexo feminino, 54% têm idade acima de 50 anos, 51% são casados, 33% tem Ensino Superior completo e 31% tem Ensino Médio completo.

A tabela 2 descreve que a maioria dos profissionais tem até 10 anos de experiência como cuidador, de forma que 48% tem de 0-5 anos e 31% têm de 6-10 anos. Quanto aos cursos realizados, 56% relataram que fizeram cursos relativos à fun-

ção de cuidador de idosos e 36% afirmaram que não o fizeram. Além disso, 41% alegaram que o último curso realizado foi de cuidador, ressaltando-se que 56% não souberam responder, e 51% declararam que tais cursos foram promovidos pela própria instituição.

O questionário aplicado trazia 13 questões que abordavam temas relacionados à prevenção de quedas em idosos. O gráfico 1 reflete o conhecimento dos cuidadores quanto à prevenção de quedas em idosos, considerando suas respostas às questões propostas (acertos, erros e questões não respondidas). Tais perguntas englobavam, de modo geral, alterações patológicas que predispoem a quedas; possibilidade de influência do uso de medicamentos para a ocorrência de quedas; medidas de segurança em banheiros para idosos com problemas de visão; adaptação de armários, banheiros e cama; cuidados para evitar riscos de queda durante a locomoção do idoso à noite; medidas de segurança em ambientes com escada; cuidados para a convivência entre idosos e animais domésticos; importância de consultas e exames; prática de exercícios físicos e uso correto de calçados.

Discussão

O perfil sociodemográfico dos cuidadores de idosos das referidas instituições evidencia uma maioria de cuidadores do sexo feminino (62%) e casadas (51%). Tais achados corroboram com os dados encontrados em um estudo realizado com 219 cuidadores de idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, que observou o predomínio de cuidadoras mulheres (90,0%), casadas ou em união estável (36,5%).⁶

No presente estudo, o fato de a maioria dos cuidadores ter idade acima de 50 anos merece atenção, pois isto pode interferir positiva ou negativamente na assistência prestada. Negativamente, considerando-se que a profissão demanda constante esforço físico durante o cuidado aos idosos e a idade elevada influencia na disposição física para tal. Positivamente,

te, tendo em vista que profissionais mais experientes podem contribuir em outros aspectos do bem-estar e da qualidade de vida do idoso, uma vez que o cuidado é influenciado por crenças, valores e experiências vividas na trajetória de vida pessoal e profissional.⁷

A escolaridade predominante dentre os participantes deste estudo foi o Ensino Superior completo (33%), seguido do Ensino Médio completo (31%), com discreta diferença de percentual. Tal dado se contrapõe à literatura, na qual se observa que maioria considerável dos cuidadores de

idosos com Alzheimer tem Ensino Médio completo (56,8%) em detrimento do Ensino Superior (20,6%).⁸

Nas instituições estudadas, verificou-se que a maioria dos cuidadores tem até cinco anos de experiência na função (48%) e fizeram curso de cuidador de idosos (56%) promovido pela própria instituição (51%). Entretanto, vale destacar que uma parcela significativa deles não fez curso de cuidador (36%), o que pode vir a favorecer a ocorrência de quedas em idosos, tendo em vista a falta de capacitação prévia para o cuidado específico deste público.

Nesse contexto, a literatura aponta ainda que a capacitação de cuidadores tem se mostrado inadequada para a for-

mação profissional, tendo em vista a curta duração dos cursos de cuidadores de idosos, o conteúdo temático focado da formação tecnicista e a carência de aulas práticas que permitam associar teoria e vivência cotidiana.⁹ Entretanto, dados específicos dos cursos de cuidadores promovidos pelas referidas instituições não foram investigados nesta pesquisa.

As quedas são eventos frequentes na população idosa, por isso é fundamental que os profissionais responsáveis pelo cuidado estejam atentos às suas possíveis causas e realizem ações que ofereçam um ambiente seguro no domicílio, buscando acessibilidade para que o idoso possa ter o máximo de autonomia e independência.¹⁰

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos cuidadores de idosos em ILPI, Fortaleza-CE, Brasil, 2016.

Aspectos Sociodemográficos	Frequência N (%)
Sexo	
Feminino	24 (62%)
Masculino	15 (38%)
Idade	
20 a 30	3 (8%)
31 a 40	9 (23%)
41 a 50	6 (15%)
> 50 anos	21 (54%)
Estado Civil	
Solteiro (a)	13 (33%)
Casado (a)	20 (51%)
Divorciado (a)	4 (10%)
Viúvo (a)	2 (05%)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	4 (10%)
Fundamental completo	7 (18%)
Médio incompleto	1 (03%)
Médio completo	12 (31%)
Superior incompleto	2 (05%)
Superior completo	13 (33%)

Tabela 2. Capacitação e experiência de cuidadores de idosos em ILPI na área de cuidador de idosos, Fortaleza-CE, Brasil, 2016.

Capacitação e Experiência	Frequência N (%)
Tempo de serviço como cuidador de idosos	
De 0 a 05 anos	19 (48%)
De 06 a 10 anos.	12 (31%)
De 11 a 15 anos.	3 (8%)
De 16 a 20 anos.	3 (8%)
> 21 anos	2 (5%)
Fez curso de cuidador de idosos?	
Sim	22 (56%)
Não	14 (36%)
S/r	3 (8%)
Qual o último curso que participou?	
Cuidador de idosos	16 (41%)
Outros cursos	1 (3%)
S/r	22 (56%)
Os cursos foram promovidos pela instituição?	
Sim	20 (51%)
Não	2 (5%)
S/r	17 (44%)

Quanto à concepção acerca da prevenção de quedas, observou-se nesta pesquisa que, de modo geral, os cuidadores obtiveram respostas satisfatórias (83%) às questões propostas. Os temas abordados com maior percentual de acerto foram: medidas de segurança em ambientes com escada (100%), cuidados com armários no domicílio (97%), calçados adequados para idosos (97%), adequação de vasos sanitários (95%), importância da prática de exercícios físicos (95%) e adequação da cama (87%).

Tal evidência mostra-se como fator de proteção para a ocorrência de quedas nas instituições de longa permanência, especialmente ao se considerar que uma publicação acerca de fatores de risco para quedas observou que 76,5% dos idosos sofreram quedas em suas próprias residências, 17% destes negaram ter armário baixo no domicílio e pia sem vazamento e 64% negaram ter banheiro com área antiderrapante e box de fácil abertura.¹¹

Além disso, estudo realizado com idosos hospitalizados apontou o banheiro como local de maior risco para quedas (31%), destacando o chão molhado (15,5%) e a ausência de barras de apoio (8,6%) como principais influenciadores¹², o que reforça a importância de conhecer os tipos de calçados ideais para o idoso e medidas de adequação do ambiente em que residem.

Nesse contexto, o Manual de Prevenção de Quedas aponta que determinar altura adequada do vaso sanitário, usar barras de apoio laterais e paralelas ao vaso, utilizar cortinas ao invés de box de vidro e colocar tapetes antiderrapantes e barras de apoio nas paredes são medidas preventivas de quedas em banheiros. Armários muito altos que necessitem de bancos ou escadas para alcançar os objetos agregam potencial risco, devendo ser de fácil alcance e fixados à parede. Além disso, a altura da cama deve ser adequada e com colchão apropriado para as necessidades do idoso.¹³ Tais recomendações foram contempladas nas perguntas respondidas satisfatoriamente pelos cuidadores.

Outro aspecto ao qual os cuidadores demonstraram domínio foi a importância da prática de exercícios físicos como estratégia para redução do risco de quedas. Um ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia observou que a incidência de quedas em idosos diminuiu consideravelmente após um ano de intervenções relacionadas à atividade física na referida população, sendo fator importante a ser trabalhado na população idosa.¹⁴

Por outro lado, as temáticas que evidenciaram maior porcentagem de erro dos cuidadores referiam-se a alterações patológicas que favorecem quedas (33%), cuidados para a circulação do idoso no domicílio (23%), uso de medicamentos (20%), adequação de ambiente para idosos com deficiência visual (20%) e cuidados necessários à convivência com animais domésticos (17%).

As questões que abordavam conhecimentos referentes a patologias e medicações que podem influenciar na ocorrência de quedas foram as que evidenciaram maior percentual de erro dentre os cuidadores participantes deste estudo. Sabe-se que o aumento da expectativa de vida traz consigo doenças e agravos à saúde que interferem no cotidiano de vida do idoso, assim como influencia na rotina e no emocional de familiares e cuidadores.¹⁵

Assim, é importante considerar que os idosos são mais suscetíveis a enfermidades devido ao processo fisiológico do envelhecimento, necessitando de acompanhamento mensal e exames periódicos.¹⁶ Com relação ao Alzheimer, por exemplo, doença comum na terceira idade, autores apontam que é importante conhecer as fases de evolução da doença para adequar o cuidado às necessidades do idoso em cada fase.¹⁷

Além disso, vale ressaltar que diversos estudos associam déficit visual à incidência de quedas e fraturas do quadril em idosos. A prevalência de catarata, degeneração macular relacionada à idade ou erros de refração visual é alta em pacientes admitidos em enfermaria geriátrica por queda.¹⁸ Neste estudo, o conhecimento

acerca da relação entre a deficiência visual e a ocorrência de quedas, bem como os aspectos que dificultam a movimentação deste idoso no domicílio, também foram destacados dentre questões erradas.

Quanto a isto, o Manual de Prevenção de Quedas recomenda que extensões elétricas, fios, sapatos, brinquedos e outros objetos espalhados pelo chão devem ser retirados, pois a área de locomoção dos idosos deve ser livre e bem iluminada, com atenção especial a escadas, que devem possuir corrimão e ser livre de objetos. Além disso, deve-se atentar para a circulação de animais domésticos e ter cuidado com casinha e correntes dos mesmos para que estes não sejam obstáculos à locomoção da pessoa, especialmente à noite.¹³ Tais recomendações foram abordadas ao longo das questões que compuseram o questionário.

Associado ao exposto, o uso de calçados inadequados também aumenta a predisposição para quedas. Os calçados mais usados durante episódios de quedas são chinelo (46,2%) com solado de borracha (69,2%).¹⁹ Entretanto, embora problemas relacionados a pés e calçados sejam comuns, tendo em vista que o tipo de calçado influencia no equilíbrio, muitas vezes são ignorados. Aconselhamento, educação e exercícios para pés e tornozelos ajudam a reduzir a taxa de quedas em moradias.²⁰

Por fim, as questões que mais foram deixadas sem respostas diziam respeito a alterações patológicas (26%), cama adequada (13%) e importância de consultas e exames (10%). Entretanto, não foi possível identificar os motivos que tenham levado ao não preenchimento de tais questões.

Conclusão

A avaliação do conhecimento de cuidadores de idosos institucionalizados com relação à prevenção de quedas mostrou resultado satisfatório com maioria de acertos das questões propostas sobre o tema.

Entretanto, a pesquisa também evidenciou algumas limitações na con-

cepção destes, refletindo a necessidade de reforçar a capacitação e investir em educação permanente para estes profissionais. Os assuntos que releveram maior quantitativo de erros diziam respeito a patologias e uso de medicamentos que predis põem a quedas, circulação do idoso no domicílio, adequação para idosos com deficiência visual e cuidados na convivência com animais.

Na profissão de cuidador de idosos, destacou-se o sexo feminino, com idade superior a 50 anos, relacionamento con-

jugal estável e Ensino Superior ou Médio completo. São profissionais em sua maioria experientes e capacitados com curso de cuidador de idosos, embora seja importante ressaltar que parcela considerável não tinha curso de formação.

O cuidar é um exercício constante que deve considerar as particularidades do idoso e ser pautado na formação e na educação continuada promovidos por profissionais capacitados, como o Enfermeiro. O conhecimento sobre os principais fatores de risco para a ocorrência de

quedas e a detecção da concepção negativa dos cuidadores de idosos sobre a prevenção destes eventos devem fornecer subsídios para a educação continuada dos profissionais responsáveis pelo cuidado.

Assim, percebe-se a importância da atuação da enfermagem em equipes multiprofissionais junto a instituições de longa permanência para idosos, visando contribuir para o acompanhamento do idoso, a fim de evitar a ocorrência de quedas e melhorar a qualidade de vida no envelhecimento. 🐦

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [citado em 25 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
2. Cristofoli CI, Gonçalves BAJ. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. *Ciênc saúde coletiva*. 2015 [citado em 20 jun. 2017]; 20(12):3743-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3743.pdf>
3. Brasil. Legislação sobre o idoso: Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) e legislação correlata [internet]. 3ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara; 2013 [citado em 11 dez. 2016]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/programas-institucionais/inclusao-social-e-equidade/acessibilidade/legislacao-pdf/LegislaoIdoso.pdf>.
4. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev bras enferm*. 2010; 63(6):991-7.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 20 jun. 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
6. Villar VRM, Nóbrega MML, Medeiros ACT. Perfil de cuidadores de idosos atendidos em Unidades de Saúde no município de João Pessoa-PB. *Rev pesq cuid fundam* [Internet]. 2015 [citado em 15 nov. 2016]; 7(5):200-11. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5880/pdf_1
7. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2008 [citado em 15 nov. 2016]; 13(4):1285-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/25.pdf>
8. Araújo CLO, Oliveira JF, Pereira JM. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. *Rev kairós* [internet]. 2012 [citado em 18 nov. 2017]; 15(1):109-28. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13109/9638>
9. Silva LS, Machado FCA, Ferreira MAF, Rodrigues MP. Formação profissional de cuidador de idosos atuantes em instituições de longa permanência. *HOLOS* [internet]. 2015 [citado em 24 nov. 2016]; 31(8):342-56. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3215/1333>
10. Oliveira PP, Rocha FCV, Oliveira AC, Dias AR. Conhecimento do cuidador sobre prevenção de quedas em idosos. *Rev enferm UFPE on line* [internet]. 2016 fev [citado em 24 nov. 2016]; 10(2):585-92. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10993/12347>
11. Alvarenga MRM; Dalmagro DDO. Fatores de risco para quedas de idosos assistidos pela estratégia de saúde da família de dourados. 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 2015 set 21-26; Paraíba. Campina Grande. 2015.
12. Vaccari E, Leardt MH, Willig MH, Betioli SE, Andrade LAS. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitare enferm* [internet]; 2016 [citado em 24 nov. 2016]; 21(5):1-9. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562/pdf>
13. IAMSPE. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. Manual de prevenção de quedas. São Paulo: Comunicação Corporativa; 2014.
14. Sá ACAM, Bachion MM, Menezes RL. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. *Rev ciênc saúde coletiva*. 2012 [citado em 23 jan. 2017]; 17(8):2117-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/22.pdf>
15. Ilha S, Zamberlan C, Rosa RT, Viero M, Piexak DR, Backes DS. Grupo de apoio multidisciplinares com cuidadores de idosos com Alzheimer: sentimento vivenciados. *Nursing* (São Paulo). 2012; 14(168): 244-9.
16. Rocha LS, Beuter M, Neves ET, Leite MT, Brondani CM, Perlini NMOG. O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. *Texto & contexto enferm* [internet]. 2014 [citado em 10 jan. 2017]; 23(1):29-37. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00029.pdf
17. Bandeira FJS, Souza HSL, Ramos GB, Verçosa MF, Vávra ACP, Silva MWC, Pamplo na MCCA, Peixoto IVP, Peixoto OS. Práticas e saberes do cuidador familiar de portadores de Alzheimer à luz de stratuss. *Nursing* (São Paulo). 2017; 20(226): 1628-31.
18. Macedo BG, Pereira LSM, Gomes PF, Silva JP, Castro ANV. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. *Rev bras geriatr gerontol*. 2008 [citado em 19 dez. 2016]; 11(3):419-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v11n3/1981-2256-rbagg-11-03-00419.pdf>
19. Costa AGS, Souza RC, Vitor AF, Araújo TL. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. *Rev eletrônica enferm* [internet]. 2011 [citado em 24 nov. 2016]; 13(3):395-403. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/14179/10640>
20. Luk JKH, Chan TY, Chan DKY. Falls prevention in the elderly: translating evidence into practice. *Hong Kong med j*. 2015 [citado em 19 dez. 2016]; 21(2):165-71. Disponível em: <http://www.hkmj.org/system/files/hkmj144469.pdf>

Caracterização de idosos diabéticos e fatores associados à adesão terapêutica na Atenção Básica de Saúde

RESUMO | Caracterizar os idosos diabéticos e identificar os fatores associados à adesão terapêutica nas Unidades Básicas de Saúde de um município da Paraíba/Brasil. Método: estudo exploratório-descritivo, quantitativo, com 60 idosos diabéticos, utilizando o Teste de Associação Qui-quadrado e a Regressão Logística Multivariada a 5%. Resultados: o perfil dos idosos pesquisados é similar ao encontrado em outros estudos brasileiros e, estatisticamente, ter um companheiro e uso de hipoglicemiantes orais favorecem a adesão terapêutica, um desafio multifatorial que precisa de ações a nível de governo, família e equipes de saúde. Conclusão: os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde têm desenvolvido ações que favorecem a adesão terapêutica contribuindo dessa forma para a melhoria da saúde desses idosos.

Palavras-chaves: enfermagem; idoso; diabetes.

ABSTRACT | Objective: To characterize the elderly diabetic patients and identify factors associated with membership at Basic Health Units in a city of Paraíba State/Brazil. Method: This is an exploratory-descriptive study, quantitative, performed with 60 diabetic elderly, using the Association Chi-square test and Multivariate Logistic Regression to 5%. Results: The profile of the elderly surveyed is similar to that found in other Brazilian studies and, statistically, to have a partner and making use of oral hypoglycemics promote therapeutic care, a multifactorial challenge which needs actions to Government level, the family and health teams. Conclusion: health professionals, especially nurses, who work in the Basic Health Units, have developed actions that favor therapeutic adherence, thus contributing to the improvement of the health of these elderly people.

Keywords: nursing; elderly; diabetes.

RESUMEN | Objetivo: caracterizar a los ancianos diabéticos y determinar los factores asociados con la membresía terapéutica en las unidades básicas de salud de un municipio del Estado de la Paraíba/Brasil. Método: Este es un estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo, conducido con 60 mayores diabéticos, utilizando la prueba de asociación Chi cuadrado y Regresión Logística Multivariada al 5%. Resultados: El perfil de las personas mayores encuestadas es similar al encontrado en otros estudios brasileños y, estadísticamente, tener un compañero y hacer uso de hipoglicemiantes orales promueve el cuidado terapéutico, un reto multifactorial que requiere acciones al nivel gubernamental, de la familia y equipos de salud. Conclusión: los profesionales de salud, en especial los enfermeros, que actúan en las Unidades Básicas de Salud, han desarrollado acciones que favorecen la adhesión terapéutica contribuyendo así a la mejora de la salud de estos ancianos.

Palabras claves: enfermería; personas de edad; diabetes.

Rosângela Alves Almeida Bastos

Enfermeira; Mestre em Enfermagem.
Enfermeira da EBSERH/HULW/
Universidade Federal da Paraíba.

Francisca das Chagas Alves de Almeida

Enfermeira; Mestre em Enfermagem.
Universidade Federal da Paraíba. Docente
do Centro Universitário Unipê.

Tatiana Ferreira da Costa

Enfermeira; Mestre em Enfermagem.
Universidade Federal da Paraíba.

Maria das Graças Melo Fernandes

Enfermeira; Doutora em Ciências da
Saúde e em Sociologia; Professora do
Departamento de Enfermagem Clínica da
Universidade Federal da Paraíba.

Gutenberg Alves Pequeno

Enfermeiro; Doutor em Modelos de
Decisão e Saúde; Universidade Federal da
Paraíba;

Jacqueline Kércia de Souza Ribeiro

Enfermeira; Mestre em Enfermagem.
Enfermeira da EBSERH/HULW/Universidade
Federal da Paraíba.

Recebido em: 26/04/2018

Aprovado em: 15/05/2018

Introdução

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma acelerada. As projeções para 2025 indicam que o país terá a sexta maior população de idosos do mundo, com, aproximadamente, 32 milhões de pessoas idosas⁽¹⁾.

Com o aumento da expectativa de vida ocorrem importantes alterações no padrão de saúde/doença, com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus (DM)⁽²⁻³⁾, considerado um problema de saúde pública de alta prevalência, que aumenta com a idade, causando complicações agudas e crônicas⁽⁴⁾. Segundo o American College of Cardiology and Foundation e da American Heart Association, o diabetes acomete 18% dos idosos e 50% dos portadores de diabetes tipo 2 apresentam mais de 60 anos de idade⁽⁵⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou o Brasil como o oitavo país com mais prevalência da doença⁽⁶⁾. O DM é uma doença onerosa para portadores, familiares e sistemas de saúde⁽⁷⁾, devido sua cronicidade, gravidade e complicações, sendo evidente a necessidade de políticas públicas voltadas às necessidades de saúde dos portadores⁽⁸⁾. Nesse aspecto ganha espaço o cuidado na Atenção Básica de Saúde (ABS), onde os diabéticos são periodicamente avaliados e orientados sobre ações ao controle da glicemia e o desenvolvimento do autocuidado.

A adesão dos idosos diabéticos ao tratamento é essencial para prevenir complicações agudas e crônicas, mas manter o controle metabólico é tão difícil que a não adesão tornou-se um problema nacional e internacional⁽⁷⁾ o que requer dos enfermeiros maior aprofundamento da temática com vista a responder aos seguintes questionamentos: Quais os fatores que contribuem com a adesão ao tratamento dos idosos diabéticos nas Unidades Básicas de Saúde? Qual o perfil dos idosos diabéticos assistidos nas Unidades Básicas de Saúde?

Para dar conta dessa inquietação, este estudo objetiva caracterizar os idosos e identificar os fatores associados à adesão ao tratamento para diabetes por idosos acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do estado da Paraíba/Brasil.

Metódos

O estudo foi do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Realizado em cinco UBS do município de Lucena/Paraíba/Brasil, localizado a aproximadamente 50 Km da capital paraibana, João Pessoa. A população

"A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou o Brasil como o oitavo país com mais prevalência da doença⁽⁶⁾"

foi composta por pacientes idosos diabéticos que atuam no do sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) da Atenção Básica de Saúde do município de Lucena-PB. A amostra foi composta de 60 idosos diabéticos atendidos nas referidas unidades de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser idoso (maior de 60 anos de idade), diabético, apresentar condições de responder aos questionamentos e aceitar participar do estudo, sendo excluídos aqueles que não atenderem ao requisitos supracitados.

Os dados foram coletados nas UBS, em maio de 2014, utilizou-se como instrumento um questionário semiestruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, que contemplava as variáveis do estudo: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, comorbidades, medicação, acompanhamento, apoio familiar, tempo de diagnóstico, vícios, dieta e atividade física.

As variáveis foram codificadas e a análise foi feita no Programa Estatístico R Console Versão 3.2.3, em que, ao nível de significância de 5%, processou-se o Teste de Associação Qui-quadrado (X²), para comparar as proporções, e a Regressão Logística Múltipla, tendo como variável dependente a adesão ao tratamento, e como variáveis independentes, as características sociodemográficas, econômicas e do estilo de vida. Primeiramente todas as variáveis foram codificadas em um banco de dados e em seguida foram aplicados testes para obter o nível de significância que comprovem quais as variáveis favorecem ou não a adesão terapêutica.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos e legais da Resolução 466/12, e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa-PB, sob o protocolo nº 174/2014 e CAAE: 27025414.10000.5176.

Resultados

Participaram do estudo 60 idosos com idades entre 60 e 86 anos, cuja média foi de 69 anos. Dentre eles, 24 tinham entre 60 e 65 anos de idade, uma diferença de proporção estatisticamente significativa (p-valor = 0,0024). Convém ressaltar que seis idosos tinham idade superior a 80 anos. A maioria era do sexo feminino, uma diferença significativa (p-valor = 0,0005, IC95% = [0,1479; 0,587]) do ponto de vista estatístico (Tabela 1).

Foram identificados idosos solteiros, viúvos e divorciados, mas a maioria dos participantes estava casada ou convivia com um companheiro (66,7%). A diferença numérica foi estatisticamente sig-

nificativa (p -valor $< 0,0001$), se comparada com os demais estados civis (Tabela 1).

Foi predominante (55,0%) e estatisticamente significativo o número de idosos que cursou ou concluiu o ensino fundamental (p -valor $< 0,0001$), apenas 5,00% deles concluiu o nível superior, e 83,3% (50) não conseguiu cursar ou concluir o ensino médio. Desses, 28,3% eram analfabetos.

A maior parte dos idosos (91,7%) recebia um salário mínimo ou menos, proveniente basicamente de aposentadoria, os demais recebiam entre dois e três salários mínimos ao mês, diferença de proporção estatisticamente significativa (p -valor $< 0,0001$). (Tabela 1).

No que diz respeito aos dados clínicos e do tratamento (Tabela 2), alguns idosos (6,67%) tiveram o diagnóstico de DM confirmado há menos de um ano, e outros (18,3%), há mais de dez anos, sendo mais prevalente o número de idosos diagnosticados entre quatro a seis anos (33,3%). A diferença foi significativa em relação aos demais tempos de diagnóstico (p -valor = 0,0074).

Dentre as comorbidades citadas pelos idosos, cita-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular encefálico (AVE) e as cardiopatias (não especificadas), porém a HAS foi a mais frequente (66,67%) e de proporção significativa quando comparada estatisticamente com as demais (p -valor $< 0,0001$).

Vale ressaltar que havia idosos⁽⁰²⁾ com as três comorbidades associadas ao DM, outros (05) que tinham, simultaneamente, a HAS e o AVE, associadas ao DM, bem como os que tinham como comorbidades a HAS, a cardiopatia e o DM (04), por isso os valores expressos na Tabela 2 sobre essa variável não condizem com o número de participantes (60) do estudo. Apenas 09 idosos não tinham comorbidades associadas ao DM.

Sobre a terapia medicamentosa, a maioria (83,3%) usava hipoglicemiantes orais, sendo mencionados a metformina e a glibenclamida, tanto de forma isolada quanto associada. Alguns idosos usavam

Tabela 1. Distribuição dos idosos diabéticos, segundo variáveis sociodemográficas e econômica, do município de Lucena/PB - 2014.

Variáveis	Número	%	p-valor	X ²
Sexo				
Masculino	20	33,33	0,0005	12,0333
Feminino	40	66,67		
Faixa Etária				
60 a 65 anos	24	40,00	0,0024	14,4000
66 a 70 anos	15	25,00		
71 a 80 anos	15	25,00		
> 80 anos	06	10,00		
Estado civil				
Solteiro	09	15,00	<0,0001	74,8444
Casado	40	66,67		
Divorciado	05	8,33		
Viúvo	06	10,00		
Escolaridade				
Não alfabetizado	17	28,33	<0,0001	47,6444
Fundamental C ou I	33	55,00		
Médio C ou I	07	11,67		
Superior	03	5,00		
Renda				
≤ 1 salário mínimo	55	91,67	<0,0001	137,8500
2 salários mínimos	03	5,00		
3 salários mínimos	02	3,33		

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Legenda: X² – Qui-quadrado; C – completo; I – incompleto.

insulina (8,3%) em igual proporção com a frequência de idosos que não faziam terapia medicamentosa. Entre os idosos participantes, 83,3% afirmaram seguir a terapia medicamentosa (Tabela 2). Pela análise de regressão, verificou-se que o uso de hipoglicemiantes orais apresentou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento, aumentando em 208 vezes as chances de os idosos aderirem ao tratamento, em relação aos

que não usam medicamento oral ou insulina para controlar o diabetes.

A maioria (90,0%) busca apoio e orientações na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, e só 10,0% dos idosos não buscam ou seguem as orientações da ESF (Tabela 2). Cerca de 83,0% afirmaram ter o apoio de familiares no tratamento do diabetes.

No que se refere ao uso de bebidas alcoólicas e de tabaco, apenas oito

Tabela 2. Distribuição dos idosos diabéticos, segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e do tratamento, do município de Lucena/PB - 2014.

Variáveis	Número	%	p-valor	X ²
Tempo de diagnóstico				
< 1 ano	04	6,67		
1 a 3 anos	11	18,33		
4 a 6 anos	20	33,33	0,0074	13,9583
7 a 10 anos	14	23,33		
> 10 anos	11	18,33		
Comorbidades associadas				
HAS	40	66,67		
AVE	14	23,33	<0,0001	49,1570
Cardiopatias	11	18,33		
Nenhuma	09	15,00		
Medicações em uso				
Metformina	15	25,00		
Glibenclamida	15	25,00		
Glibenclamida e Metformina	20	33,33	0,0008	18,7500
Insulina	05	8,33		
Nenhuma	05	8,33		
Adesão à terapia medicamentosa				
Sim	50	83,33	<0,0001	50,7000
Não	10	16,67		
Apoio da ESF				
Sim	54	90,00	<0,0001	73,6333
Não	06	10,00		
Apoio da família				
Sim	50	83,33	<0,0001	50,7000
Não	10	16,67		

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Legenda: X² – Qui-quadrado; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; AVE – Acidente vascular encefálico; ESF – Estratégia Saúde da Família.

(13,3%) idosos afirmaram ingerir bebida alcoólica, dez (16,67%) são tabagistas, três dos quais consumiam os dois tipos de substâncias, portanto, 15 idosos fu-

mavam e/ou consumiam bebida alcoólica. A maioria (75,00%) deles declarou que não usa nenhuma das duas substâncias supracitadas.

Visando controlar o DM, muitos idosos também aderiram à dieta (66,67%) e à prática de atividade física (75,00%). Dentre eles, 03 só seguiam a dieta, e nove só faziam atividade física. Um total de 36 participantes tinham esses dois hábitos (Tabela 3).

Das variáveis incluídas no estudo, do ponto da Regressão Logística Múltipla, apenas duas foram significativas para explicar a adesão ao tratamento do DM: ter um companheiro e o uso de hipoglicemiantes orais, o que implicar afirmar que, idosos que têm um companheiro têm aproximadamente 3,5 vezes (1/0,2871) mais chances de aderir ao tratamento do que os idosos que não têm um companheiro, e, idosos que usam hipoglicemiantes orais têm 208 vezes mais chances de aderir ao tratamento, em relação aos que não usam medicação para controlar o diabetes ou usam insulina (Tabela 4).

Discussão

Esse estudo está em consonância com outros achados, nos quais encontraram que a prevalência de idosos foi de 68,8%, cuja faixa etária predominante era de 65 a 69 anos (27,9%)⁽¹⁰⁾. Além desse, outra pesquisa feita com 70 idosos diabéticos, na cidade de Fortaleza/CE, revelou que a média de idade foi de 67 anos - 68,6% do sexo feminino⁽¹¹⁾.

A predominância de idosos está relacionada à maior longevidade das mulheres em relação aos homens, já que elas se expõem menos a fatores de risco e procuram mais por atendimento de saúde por se identificarem mais com a prática do cuidado⁽¹¹⁾. De acordo com a OMS, no Brasil, a prevalência do diabetes em mulheres é de 8,8 e 7,4 para os homens⁽¹²⁾. A ausência dos homens ou sua invisibilidade nos serviços é uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, associado à identidade masculina⁽¹³⁾.

No que se refere ao estado civil, evidenciou-se que em pesquisas brasi-

Tabela 3. Distribuição dos idosos diabéticos, segundo os hábitos de vida, no município de Lucena/PB, 2014.

Variáveis	Número	%	p-valor	X ²	IC (95%)
Alcoolismo					
Sim	08	13,33	<0,0001	61,6333	[-0,8716; -0,5950]
Não	52	86,67			
Tabagismo					
Sim	10	16,67	<0,0001	50,7000	[-0,8167; -0,566]
Não	50	83,33			
Dieta					
Sim	40	66,67	0,0005	12,0333	[0,1479; 0,5187]
Não	20	33,33			
Atividade Física					
Sim	45	75,00	<0,0001	28,0333	[0,3283; 0,6716]
Não	15	25,00			

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Legenda: X² – Qui-quadrado; IC (95%) – Intervalo de confiança de 95%.

leiras(14-15), as proporções de idosos casados foram, respectivamente, 83,5%, 47,8% e 50,6%, demonstrando também serem mais prevalentes. De acordo com a análise de regressão, o idoso casado ou com um companheiro apresentou três vezes mais chances de aderir ao tratamento para o DM em relação aos que não têm. Os idosos com companheiro apresentam melhor bem-estar físico e psicológico, e as relações familiares e de amizade são aspectos relevantes no enfrentamento das situações diárias e dos sentimentos de solidão, que são mais perceptíveis na velhice⁽¹⁶⁾.

No tocante à escolaridade, observa-se que o baixo nível de escolaridade também interfere na condução do tratamento e na exposição aumentada para o desenvolvimento de manifestações clínicas e complicações do diabetes, devido à dificuldade de ler a prescrição, e isso aumenta os riscos à saúde, pode limitar o acesso às informações, bem como a compreensão da doença e do tratamento⁽¹⁷⁾.

Os idosos participantes dessa pesquisa possuíam uma renda igual ou inferior a um salário mínimo, logo isso inferior, negativamente, à adesão terapêutica,

considerando que idosos requerem uma alimentação variada, têm despesas com o custeio de medicamentos, tendo em vista a carência de medicamentos, profissionais de saúde e de insumos para o tratamento nos serviços públicos⁽¹⁸⁾.

Não houve associação do tempo de diagnóstico com a adesão ao tratamento. Segundo a OMS, os portadores de DM com mais tempo de diagnóstico tendem a apresentar uma taxa menor de adesão ao tratamento. O tempo de diagnóstico tem relação inversa com a adesão ao tratamento, pois, quanto maior for o tempo de diagnóstico, menor será a prevalência de adesão ao tratamento dos usuários e maior o risco de complicações⁽¹⁷⁾.

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são condições clínicas que frequentemente se associam e aumentam o risco de complicações crônicas do DM, multiplicam, de maneira exponencial, a morbimortalidade e aumentam o risco de doenças cardiovasculares, uma importante causa de óbito entre a população idosa^(19,20).

Considerando os achados da literatura e os resultados desse estudo, percebe-se que a HAS em pacientes diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Santa Catarina, apresentou proporção de 67,0%, e em um município do Rio Grande do Sul, a porcentagem foi de 78,0%^(19,21).

A terapia oral contribui para aumentar o número de pacientes que procuram tratamento devido à facilidade do uso. O medo de tomar injeção, a percepção de fracasso no tratamento, o surgimento das complicações crônicas, a falta de acesso aos profissionais e o alto custo do tratamento são fatores que dificultam a insulino terapia e a consequente adesão à terapia⁽²²⁾.

Estudos revelam que a família pode colaborar favoravelmente para adesão ao tratamento, porque inúmeros são os fatores que impedem a adesão terapêutica, entre eles, a complexidade do regime terapêutico, a duração do trata-

Tabela 4. Modelo de Regressão Logística (α = 5%) para fatores associados à adesão terapêutica de idosos diabéticos. Lucena, PB, 2014.

Variáveis	β	DP	p-valor	OR	IC (95%))or
Companheiro	-1,2478	0,4792	0,0092	0,28710	[-2,1870; -0,3085]
Hipoglicemiantes orais	5,3403	1,4045	0,0001	208,575	[2,5874; 8,0931]

Fonte: R console, versão 3.2.3.

Legenda: β – estimativas; DP – Desvio-padrão; p-valor (α = 5%); OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança a 95%.

mento, as mudanças na terapia, a deficiência cognitiva e visual e o esquecimento^(18,23). A equipe de saúde, em particular o enfermeiro, deve assumir um papel primordial na manutenção do vínculo e no desenvolvimento de estratégias para assegurar a continuidade do tratamento.

Convém ressaltar que os idosos apresentam muitos problemas de saúde e usam vários medicamentos que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e no álcool, tornam-nos mais susceptíveis a interações, ao agravamento do estado de saúde⁽²²⁾.

A atividade física regular vem sendo considerada uma forma de se manter a aptidão física de idosos de modo a atenuar a perda de massa muscular, preser-

var a autonomia funcional e promover o envelhecimento saudável. Ainda que a farmacoterapia antidiabética colabore com a adesão terapêutica e a manutenção dos níveis glicêmicos, hábitos saudáveis de vida contribuem grandiosamente para o controle do DM⁽²¹⁾.

Conclusão

A adesão ao tratamento do diabetes é um desafio multifatorial que merece atenção das autoridades governamentais, da família e das equipes de saúde, em particular, do enfermeiro, profissional que está mais próximo dos idosos e à frente das atividades de educação e saúde, no sentido de orientá-los quanto ao uso das medicações, à importância da dieta e da

atividade física, no fortalecimento dos vínculos familiares e afetivos, de modo a reduzir a resistência e aumentar as chances de adesão ao tratamento, diminuindo ou evitando outras complicações.

As ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros devem ser direcionadas no sentido de socializar o saber e favorecer a construção de novas maneiras de enfrentar a doença e o tratamento.

Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas futuras, em outros níveis de atenção, que visem identificar a causa e o efeito dos fatores que contribuem para a adesão terapêutica com intuito de fomentar políticas voltadas a melhor qualidade de vida dos idosos diabéticos. 🐦

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010: dados preliminares do universo. Brasília: MDS; 2011.
2. Queiroz BM, Coqueiro RS, Neto JSL, Borgatto AF, Barbosa AR, Fernandes MH. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(8):3489-3496.
3. Sousa AG, Carvalho CA, Fonsêca PCA, Machado SP. Perfil sociodemográfico e nutricional de servidores em período de pré-aposentadoria. *Ver. Pesq. Saúde*. 2011;12(3):6-21.
4. Pasqualotto KR, Alberton D, Frigeri HR. Diabetes mellitus and complications. *J. Biotechnol. Biodiver*. 2012; 3(4):134-145.
5. Oliveira EP, Venâncio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
6. Faria APS, Bellato R. The understanding of phenomenon chronic condition of diabetes mellitus from of the experience of illness. *Rev. Eletr. Enf*. 2010;12(3):520-527.
7. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes mellitus. *Acta paul. enferm*. 2013;26(3):231-237.
8. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CKG, Carandina L, et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(6):1233-1243.
9. Franchi KHB, Monteiro LZ, Almeida SB, Medeiros AIA, Montenegro RM, Júnior RNM. Aptidão física de idoso diabético tipo 2. *Revista da Educação Física*. Maringá. 2010; 21(2):297-302.
10. Organização Mundial da Saúde. Diabetes country profiles. Geneva: WHO; 2016.
11. Siqueira, FAA, Silva SO, Benevides PM, Almeida MSB, Lima TNB, Bisneto FP. Promoção e Prevenção à Saúde Sexual Masculina: Desafios das Equipes de Saúde da Família José Pinheiro. *R Bras Ci Saúde*. 2011; 15(2):191-200.
12. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(8):3505-3512.
13. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Rev. Saúde Pública*. 2013;47(6):1092-1101.
14. Marchiori GF, Dias FA, Tavares DMS. Quality of life among the alderly with and without companion. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(4):1098-1106.
15. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relación entre conocimiento, actitud, escolaridad y tiempo de enfermedad en individuos con diabetes mellitus. *Acta paul. enferm*. 2012;25(2):284-290.
16. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adherence to drug therapy in diabetic lderly. *Rev Rene*. 2013; 14(2):394-404.
17. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Self-reported diabetes prevalence in Brazil: results from National Health Survey 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(2): 305-314.
18. Gontijo MF, Queiroz RA, Henrique KC, Suely R, Assis AF. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(7):1337-1346.
19. Benetti F, Ceni GC. Hábitos alimentares de idosos portadores de diabetes: relação entre ingesta alimentar e recomendações nutricionais. *RBCEH*. 2012;9(3):383-394.
20. Santo MBE, Souza LME, Souza ACG, Ferreira FM, Silva CNMR, Taitsonet PF. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Rev*. 2012;15(1):88-101.
21. Tonosaki MD, Squarcini CFR. La familia y sus aportes a la práctica del ejercicio físico en la tercera edad. *Rev Digital Buenos Aires*. 2010;15(145).

Atividade sexual em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio

RESUMO | Objetivo: identificar as alterações de comportamento na atividade sexual de pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio. Método: estudo descritivo, de caráter transversal e abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de grande porte e referência em cardiologia. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista direta, em local reservado, com aplicação de questionário estruturado pelos pesquisadores, tendo sido previamente executado um pré-teste para verificar sua adequabilidade. A análise estatística ocorreu através do software Assistat versão 7.7, sendo aprovado pelo CEP do HAM sob o n.º do CAAE: 65400117.3.0000.5197. Resultados: 50% dos pacientes referiram diminuição no interesse sexual e 60% presença de disfunção. Todos os pacientes apresentaram dúvidas sobre como retornar o desempenho de suas atividades sexuais, e contactou-se a completa ausência de orientações por parte dos profissionais de saúde. Conclusões: constata-se a necessidade de implementação de ações educativas pelos profissionais de saúde, principalmente pelo enfermeiro que reconhece seu papel nas ações educativas com os pacientes. Com isso, se faz necessário a abertura de espaços onde as necessidades de informação e o esclarecimento de dúvidas desses pacientes sejam sanados.

Palavras-chaves: comportamento sexual; infarto do miocárdio; saúde sexual.

ABSTRACT | Objective: to identify behavioral changes in the sexual activity of patients who had acute myocardial infarction. Method: descriptive, transversal study and quantitative approach, performed in a large public hospital and reference in cardiology. The data collection was done through a direct interview, in a reserved place, with application of a questionnaire structured by the researchers, having previously been performed a pre-test to verify its suitability. Statistical analysis was performed using the Assistat software version 7.7, and was approved by the CEP in HAM under the CAAE no.: 65400117.3.0000.5197. Results: 50% of patients reported decreased sexual interest and 60% had dysfunction. All patients had doubts about how to return the performance of their sexual activities, and contacted the complete absence of guidelines from health professionals. Conclusions: it is necessary to implement educational actions by health professionals, especially by nurses who recognize their role in educational actions with patients. With this, it is necessary to open spaces where the information needs and the clarification of doubts of these patients are remedied.

Keywords: sexual behavior; myocardial infarction; sexual health.

RESUMEN | Objetivo: identificar los cambios de comportamiento en la actividad sexual de pacientes que tuvieron infarto agudo de miocardio. Método: estudio descriptivo, de carácter transversal y abordaje cuantitativo, realizado en un hospital público de gran porte y referencia en cardiología. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevista directa, en local reservado, con aplicación de cuestionario estructurado por los investigadores, habiendo sido previamente ejecutado un pre-test para verificar su adecuación. El análisis estadístico ocurrió a través del software Assistat versión 7.7, siendo aprobado por el CEP del HAM bajo el n.º del CAAE: 65400117.3.0000.5197. Resultados: 50% de los pacientes refirieron disminución en el interés sexual y 60% presencia de disfunción. Todos los pacientes presentaron dudas sobre cómo retornar el desempeño de sus actividades sexuales, y se contactó con la completa ausencia de orientaciones por parte de los profesionales de salud. Conclusiones: se constata la necesidad de implementación de acciones educativas por los profesionales de salud, principalmente por el enfermero que reconoce su papel en las acciones educativas con los pacientes. Con ello, se hace necesario la apertura de espacios donde las necesidades de información y el aclaramiento de dudas de esos pacientes sean sanados.

Palabras claves: hanseniasis. calidad de vida. hospitalización.

Leandro Bulhões de Lemos Moraes

Leandro Bulhões de Lemos Moraes
Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); Especialista em Enfermagem Cardiológica na modalidade Residência no Hospital Agamenon Magalhães (HAM) pela Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil,

Cristiane Simone Schulzbach

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO). Recife, Pernambuco (PE), Brasil

Liniker Scolfield Rodrigues da Silva

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), campus Recife; Enfermeiro Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade de Pernambuco (UPE); Especialista em Enfermagem Obstétrica na modalidade Residência no Hospital Agamenon Magalhães (HAM) pela UPE. Recife, Pernambuco (PE), Brasil

Recebido em: 03/04/2018
Aprovado em: 20/05/2018

Kelly Cristina de Torres Lemes

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestre em Educação para o Ensino na área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Especialista em Enfermagem Cardiológica no Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco - Prof. Luiz Tavares (PROCAPE) pela Universidade de Pernambuco (UPE); Coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Enfermeira Plantonista no PROCAPE. Recife, Pernambuco (PE), Brasil

Introdução

As cardiopatias estão entre as mais frequentes causas de mortalidade e internação hospitalar. Nos casos não fatais a maioria dos indivíduos sofre alterações de estilo de vida em decorrência dessas doenças, incluindo redução das atividades cotidianas, com impacto negativo na sua vida social, psicológica e física¹.

Pesquisas apontam que pacientes cardiopatas apresentaram significativa redução da frequência da atividade sexual e elevada incidência de disfunção sexual após algum episódio agudo de sua doença, sendo essa uma queixa frequente. O paciente convalescente de infarto agudo do miocárdio (IAM) não retoma sua atividade sexual por falta de esclarecimentos e receio de ter dor cardíaca durante o ato, acreditando haver uma relação causal entre prática sexual e o aparecimento de novos eventos cardíacos. Aproximadamente 25% dos pacientes interrompem sua atividade sexual após o IAM e outros 50% reduzem a frequência da mesma. A satisfação sexual também sofre diminuição para ambos os sexos¹⁻⁵.

Não obstante, o retorno à atividade sexual após o IAM é tema pouco abordado na literatura, e que tem recebido pouca ênfase durante a internação desses pacientes. É frequente a ocorrência de dúvidas sobre a segurança quanto ao retorno à atividade sexual para os pacientes que sofrem de cardiopatias. Habitualmente os profissionais de saúde consideram esse um assunto íntimo e privado. E quando abordado, as orientações são feitas de forma superficial, pois os mesmos sentem-se inseguros ao orientar os pacientes nesses aspectos durante a internação hospitalar⁴.

Sendo assim, nota-se a necessidade de responder a seguinte indagação do estudo: Quais são as alterações de comportamento na atividade sexual de pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio? Para responder à pergunta do estudo, se fez necessário, identificar

as alterações de comportamento na atividade sexual de pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio. Cumpre ressaltar que os aspectos que necessitam de esclarecimentos são importantes para desenvolver um processo de cuidado mais integral e humanizado, através do planejamento de uma assistência individualizada e segura durante e após o período de recuperação.

Metódos

O tipo de estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter transversal e abordagem quantitativa. O mesmo foi realizado nas Enfermarias Cardiológicas do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), centro de alta complexidade em Recife/PE com vasta demanda de pacientes cardiopatas.

A amostra foi composta por 20 pacientes (20% mulheres e 80% homens), escolhidos aleatoriamente e por conveniência, que estavam internados nas referidas unidades no período de de-

zembro de 2016 a janeiro de 2017, já tinham apresentado algum episódio de IAM anterior à atual internação, possuíam idade igual ou superior a 18 anos e aceitaram participar voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os pacientes com déficits neurológicos e/ou em condições clínicas que inviabilizassem a coleta de dados.

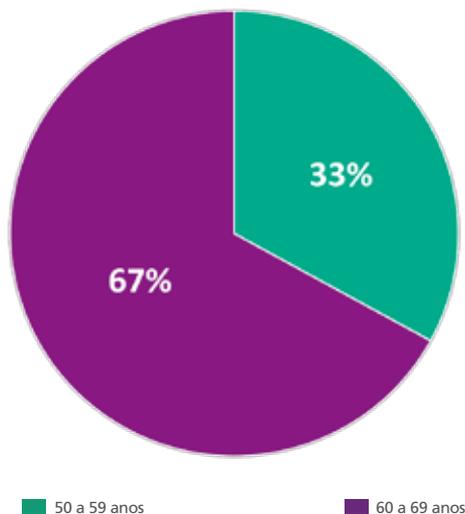
A coleta se deu através de entrevista direta, em local reservado, com aplicação de questionário estruturado pelos pesquisadores, tendo sido previamente executado um pré-teste para verificar sua adequabilidade. Obedeceu-se às seguintes etapas: seleção dos sujeitos da pesquisa que atendam os critérios de inclusão, contato inicial com objetivo de explicar a proposta do estudo; assinatura do TCLE pelos integrantes, atendendo os princípios legais estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁶.

Tabela 1. Relação evento IAM e Atividade Sexual. Recife, PE, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Possui interesse em manter relações sexuais	100%	-
Mantém atividade sexual atualmente	90%	10%
Notou diminuição do interesse em manter relações sexuais após o IAM	50%	50%
Dor durante o ato sexual	10%	90%
Perda de ereção	25%	75%
Satisfação com a vida sexual	70%	30%
Consegue chegar ao orgasmo	90%	10%
Atividade sexual comprometida pelo IAM	60%	40%
Medo de exercer a atividade sexual	20%	80%
Cessaçao da atividade sexual adjacente ao IAM	60%	40%
Interrupção do ato sexual após início	20%	80%
Recebimento de informações sobre retorno à atividade sexual após o IAM	-	100%
Dúvidas quanto ao retorno da atividade sexual	100%	-

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 1. Homens com comprometimento da atividade sexual por faixa etária. Recife, PE, Brasil, 2017.



Fonte: Elaboração própria.

As variáveis categóricas investigadas para caracterização dos dados sociodemográficos foram: faixa etária, gênero, estado civil, religião, raça/cor, renda, escolaridade e procedência. Já as variáveis clínicas foram os antecedentes pessoais: comorbidades, antecedentes cardíacos, mudança no interesse e desempenho sexual, presença de disfunção sexual, nível de satisfação sexual e de informações recebidas sobre o assunto.

Após a coleta ter sido concluída os dados foram armazenados em planilha eletrônica e submetidos à análise estatística através do software Assistat Versão 7.7, foi utilizada estatística descritiva para distribuição das variáveis categóricas por frequência absoluta e relativa (%).

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HAM em 04 de abril de 2017, sob nº CAAE: 65400117.3.0000.5197.

Resultados

No perfil demográfico e socioeconômico houve predominância de indivíduos na faixa etária acima de 60 anos, do sexo masculino, casados, de religião católica, sendo metade de raça branca e metade parda, com renda principal de

"(...) as necessidades de informação e o esclarecimento de dúvidas desses pacientes possam ser sanados, assim como a carência de apoio emocional e psicológico"

até um salário mínimo, nível de escolaridade com o primeiro grau incompleto (30%), assim como analfabetos (30%) e procedentes de Recife.

No perfil epidemiológico 90% dos pacientes foram hipertensos, 50% possuíam quadro dislipidêmico, 30% diabéticos, 30% antecedente de cirurgia cardíaca, 20% outra doença cardíaca associada e 10% depressão. As relações

entre o IAM e a atividade sexual estão representadas na Tabela 1.

Os pacientes que referiram dor cardíaca durante o ato sexual foram todos do sexo feminino, no entanto maiores comparações desses aspectos entre os sexos não são possíveis por conta da limitação da amostra no presente estudo. Os indivíduos que costumam interromper o momento do ato sexual tiveram como principais motivos os sintomas de falta de ar, dor no peito, palpitações e cansaço. Os homens com comprometimento da atividade sexual prevaleceram entre os idosos como pode ser visto no Gráfico 1. Todavia esse fator pode ter influências de alterações fisiológicas decorrentes do processo natural de envelhecimento.

Discussão

Cerca de 25% dos pacientes interrompem sua atividade sexual após o IAM, essa taxa foi ainda maior nos resultados aqui expostos. Metade dos indivíduos abordados afirmam diminuição no interesse sexual, após o evento de IAM, em ambos estudos. Tal fator pode estar relacionado com a dificuldade de excitação (60%) enfrentada por boa parte dos indivíduos nessa situação. Ainda assim o nível de satisfação sexual foi bastante prevalente (70%), o que diferiu entre as pesquisas⁵.

É sabido que envelhecimento populacional provoca mudanças na performance quantitativa e qualitativa da atividade sexual de ambos os sexos, porém pesquisas afirmam que a disfunção erétil é uma queixa frequente entre os cardiopatas, juntamente com o alto índice de dúvidas quanto à segurança para voltar a exercer a atividade sexual².

No presente estudo foi unânime a presença de dúvidas sobre o retorno à prática sexual entre os abordados. Contudo o fato de um quarto dos homens estarem apresentando disfunção erétil pós IAM contrasta um pouco com os estudos anteriores. Esse fator pode ter influência dos fármacos para tratamento de doença cardiovascular, indutores de

diversas alterações no desempenho sexual, bem como das alterações fisiológicas próprias da idade, tendo em vista a prevalência de indivíduos maiores de 60 anos^{4,7}.

Apenas uma pequena parcela dos entrevistados relatou dificuldade para atingir o orgasmo (10%), mas as disfunções sexuais foram notórias nos pacientes acima de 60 anos, fato que pode induzir a necessidade de uma carga de esforço físico maior e um maior consumo de oxigênio pelo miocárdio⁵.

“Embora a atividade sexual seja associada a um risco aumentado de eventos cardiovasculares, o risco absoluto é mínimo, devido à curta duração da mesma, o que constitui um percentual insignificante do tempo total de risco para isquemia miocárdica e IAM. Atividade sexual é a causa de 1% de todos os IAM”⁵.

Porcentagem importante foi notada de pacientes que acreditaram ter a atividade sexual comprometida por conta do IAM (60%). O medo de exercer a atividade sexual esteve presente em 20% dos entrevistados e foi atribuído ao receio da morte, complicações de saúde e de sintomas como palpitações e falta de ar. Alguns pesquisadores acreditam que esses sentimentos causam ansiedade,

"Metade dos indivíduos abordados afirmam diminuição no interesse sexual, após o evento de IAM, em ambos estudos. Tal fator pode estar relacionado com a dificuldade de excitação (60%)"

raiva e preocupação com a funcionalidade sexual levando a uma performance ansiosa. Esses aspectos emocionais são causa primária das dificuldades sexuais em homens e mulheres. Tais problemas poderiam ser resolvidos parcialmente se os pacientes recebessem orientações objetivas e dirigidas especificamente para esse assunto durante a internação e no momento da alta hospitalar².

Conclusão

A diminuição do interesse e presença de dificuldades de excitação sexual pós-evento coronariano foram notados em 60% da amostra, apesar disso a satisfação sexual foi bastante expressiva (70%). A presença de disfunção foi menos prevalente, mas ainda assim presente. O medo foi relatado juntamente com a falta de informação sobre como exercer o retorno à atividade sexual de maneira segura, refletindo a falta de apoio profissional e afetando negativamente a qualidade de vida desses pacientes.

É preocupante o fato de todos os pacientes apresentarem dúvidas sobre como retomar suas atividades sexuais após o IAM, e existir completa ausência de orientações por parte dos profissionais de saúde. Consta-se a necessidade da implementação de ações educativas, com abertura de espaços onde as necessidades de informação e o esclarecimento de dúvidas desses pacientes possam ser sanados, assim como a carência de apoio emocional e psicológico. Dessa forma a recuperação desses pacientes pode ser plena, com uma assistência verdadeiramente humanizada, individualizada e qualificada para garantir sua qualidade de vida. 🙏

Referências

1. Souza CA de, Cardoso FL, Silveira RA, Wittkopf PG. Atividade sexual após infarto agudo do miocárdio. Arquivos Catarinenses de Medicina. [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 09];40(2):30-33. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/859.pdf>
2. Niehues JR, Gonzáles AI, Vieira DSR. Counseling on sexual activity after acute Myocardial infarction: are we overlooking it? Int. j. cardiovasc. sci. [Internet]. 2016 Mar – Apr [cited 2018 May 19];29(2):152-154. Available from: http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/en_v29n2a11.pdf
3. Thylén I, Brännström M. Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015 Feb. [cited 2018 May 19];14(6):468-77.
4. Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Sexual Activity after Myocardial Infarction: Taboo or Lack of Knowledge? Arq Bras Cardiol [Internet]. 2008 [cited 2018 May 19];90(3):156-159. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n3/en_03.pdf
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretriz da sociedade brasileira de cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015 Aug. [cited 2018 May 19];105(2):1-105. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [cited 2018 May 19]; Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Kalka D, Gebala J, Borecki M, Pilecki W, Rusiecki L. Return to sexual activity after myocardial infarction - An analysis of the level of knowledge in men undergoing cardiac rehabilitation. Eur J Intern Med. 2017 [cited 2018 May 19];37:31-33.

A tendência do papel do professor no processo de aprendizagem

RESUMO | Teve por objetivo abordar as principais tendências do papel do professor no processo de ensino aprendizagem para a equipe de enfermagem. Pesquisa exploratória de nível descritiva. A busca foi realizada em bases de dados no período de 2012 a 2017. As abordagens tradicionais de ensino mostram-se cada vez mais obsoletas, e com isso ficamos frente ao desafio de acompanhar o ritmo acelerado das mudanças tecnológicas e as possibilidades de proporcionar os recursos.

No contexto de Educação em Enfermagem, os autores trazem a preocupação da divergência entre teoria ensinada em sala de aula com o que é implementado na prática profissional sendo importante a necessidade constante de busca e de conhecimento e aprimoramento profissional. Neste cenário, é importante configurar que o professor precisa criar um novo panorama na educação no ensino aprendizagem.

Palavras-chaves: enfermagem; aprendizagem; tecnologia educacional; gerações.

ABSTRACT | The objective of this study was to address the main trends of the role of the teacher in the teaching-learning process for the nursing team. Descriptive level exploratory research. The search was conducted in databases from 2012 to 2017. Traditional teaching approaches are increasingly obsolete, and we are thus faced with the challenge of keeping up with the accelerated pace of technological change and the possibilities of providing the resources.

In the context of Nursing Education, the authors bring the concern of the divergence between theory taught in the classroom with what is implemented in professional practice being important the constant need for search and knowledge and professional improvement. In this scenario, it is important to configure that the teacher needs to create a new landscape in education in teaching learning.

Keywords: nursing; learning; educational technology; generations.

RESUMEN | Se tuvo por objetivo abordar las principales tendencias del papel del profesor en el proceso de enseñanza aprendizaje para el equipo de enfermería. Investigación exploratoria de nivel descriptivo. La búsqueda se realizó en bases de datos en el período de 2012 a 2017. Los enfoques tradicionales de enseñanza se muestran cada vez más obsoletos y con ello nos enfrentamos al desafío de acompañar el ritmo acelerado de los cambios tecnológicos y las posibilidades de proporcionar los recursos. En el contexto de Educación en Enfermería, los autores traen la preocupación de la divergencia entre teoría enseñada en el aula con lo que es implementado en la práctica profesional siendo importante la necesidad constante de búsqueda y de conocimiento y perfeccionamiento profesional. En este escenario, es importante configurar que el profesor necesita crear un nuevo panorama en la educación en la enseñanza del aprendizaje.

Palabras claves: enfermería; aprendizaje; tecnología educacional; generaciones.

Priscilla Cerullo Hashimoto

Enfermeira, Especialista em Educação e Mestre em Enfermagem.

Maria Cristina de Mello Ciaccio

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Ciências.

Grazia Maria Guerra

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Ciências

Recebido em: 20/04/2018

Aprovado em: 19/05/2018

Introdução

Diante do mundo globalizado, não é mais possível adotarmos os mesmos padrões do processo de ensino-aprendizagem, exigindo recursos tecnológicos ao professor e uma mudança de postura do aluno. Nesse sentido, o processo de ensino aprendizagem requer a adoção de novos modelos e estratégias mais interativas e integrativas, rompendo paradigmas, vencendo barreiras limitadoras como tempo e espaço, e por fim construção de novos modelos educacionais^{1,2}.

A tendência é que o processo de aprendizagem seja mais conduzido pela necessidade do aluno, a qualquer momento e em qualquer local, facilitando

a aprendizagem ativa, criando soluções acessíveis e de qualidade, independente de metodologias mais adequadas para cada geração. Nossa relação com o conhecimento está mudando, tanto em questões de aquisição e acesso do conhecimento, bem como pelos dispositivos de acessibilidade (tablets, smartphones, livros, entre outros)¹.

Os professores precisam desenvolver novas competências e aderir à tecnologia utilizando como ferramenta facilitadora, e para que isto ocorra, faz-se necessário uma capacitação constante tanto para o manuseio adequado das tecnologias disponíveis, seus recursos e benefícios para que o aprender não fique restrito apenas a sala de aula, mas

sim incorporado a realidade, permitindo uma aprendizagem significativa².

Não há um método perfeito de se ensinar, nem mesmo a metodologia mais adequada, no entanto, considerando as gerações e o desafio dos professores em sala de aula o mais adequado é identificar a metodologia mais adequada para cada tipo de geração, considerando que o meio em que as pessoas convivem e sua cultura pode influenciar no processo de aprendizagem.²

As abordagens tradicionais de ensino mostram-se cada vez mais obsoletas, e com isso ficamos frente ao desafio de acompanhar o ritmo acelerado das mudanças tecnológicas e as possibilidades de proporcionar os recursos.³

Independente do processo de tecnologia, cada vez mais a preocupação em elaborar programas mais direcionados e específicos para as equipes de saúde, de modo a atrelar a necessidade de qualificação da assistência de enfermagem. O autor traça um paradigma com um contexto histórico, considerando que o processo de mudança no ensino-aprendizagem não é de hoje, e vem sofrendo ao longo dos anos grandes modificações até para buscar a melhoria da qualidade nos processos, principalmente no contexto de saúde, que a busca é contínua. Assim como outros autores o artigo também traz o conceito de educação permanente considerando que é o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, transformando o indivíduo para atuar na sociedade, colocando em evidência mais uma vez a importância de termos professores que promovam um processo de aprendizagem protagonista e de desenvolvimento para melhores práticas que permita o desenvolvimento e a capacidade de reflexão⁴.

As necessidades de aprendizado também se modificam no que diz respeito ao cenário da instituição, sendo necessário alavancar o desempenho da equipe, ligado a modificações comportamentais e aumento de desempenho, com

isso o processo de assimilação isolado para tornar-se um processo orgânico, social, coletivo, o aluno passa de receptor de informação para responsável pela construção de seus saberes, assim como explanado em conceitos anteriores.^{4,5}

No contexto de Educação em Enfermagem, os autores trazem a preocupação da divergência entre teoria ensinada em sala de aula com o que é implementado na prática profissional sendo importante a necessidade cons-

"Os professores precisam desenvolver novas competências e aderir à tecnologia utilizando como ferramenta facilitadora"

tante de busca e de conhecimento e aprimoramento profissional, formatando programas adequados e direcionados para atrelar a necessidade de qualificação da assistência de enfermagem¹.

Neste cenário, é importante configurar que o professor precisa adotar: conhecimento das novas tecnologias e da maneira de aplicá-las; capacidade de provocar hipóteses e deduções que possam servir de base à construção e compreensão de conceitos; habilidade de conduzir o aluno para justificar hipóteses; visão integrada entre os processos de tecnologia e sua aplicação no ensino aprendizagem; conhecimento de estratégias educacionais e sua aplicabilidade; entender e conhecer a

nova geração nas instituições de ensino e no mercado de trabalho.

Para que essa atuação seja de alto desempenho, os gestores e profissionais da área de capacitação estão sendo desafiados a atingirem objetivos estratégicos de modo atrativo e engajado, com isso as metodologias inovadoras de aprendizagem começam a ganhar espaço nas instituições, principalmente no contexto de educação continuada em enfermagem, uma vez que é prática fundamental para a transformação de trabalho no setor para que ele possa ser um lugar para um desempenho crítico, reflexivo, e técnico.

Objetivo

- Abordar as principais tendências do papel do professor no processo de ensino aprendizagem frente as metodologias ativas.

Método

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de nível descritiva, por meio da revisão integrativa. A revisão integrativa se deu em seis etapas: **Fase 1** - Identificação do tema e hipótese de problema de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; **Fase 2** – Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos encontrados na busca da literatura; **Fase 3** – Categorização dos estudos e coleta de dados; **Fase 4** – Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; **Fase 5** – Interpretação e discussão dos resultados; **Fase 6** – Apresentação da revisão integrativa.

Para nortear a busca bibliográfica elegeu-se a seguinte pergunta: *Qual a influência da tecnologia e do papel do professor no desenvolvimento profissional da nova geração de enfermeiros?* Adotou-se a metodologia de busca, conhecida pelo acrônimo PVO.

O estudo contemplou publicações do tipo artigos científicos, selecionados os publicados no período de 2010 a 2015, disponíveis eletronicamente em texto completo, nas referidas bases de

Quadro 1. Vantagens e Limitações das Estratégias Educacionais para o Desenvolvimento Profissional.

Método	Papel do aluno	Papel do professor	Vantagens	Limitações
Jogos	Ativo	Supervisiona o ritmo.	Obtém o entusiasmo do aluno.	Ambiente competitivo demais para alguns aprendizes; disposição para participar.
		Questiona após a experiência.	Retenção da informação de modo lúdico.	
			Acrescentam variedade à experiência de aprendizagem.	
Podcast	Ativo	Disponibilizar materiais didáticos como aulas, documentários e entrevistas em formato áudio.	Interesse maior no processo de aprendizagem dos conteúdos dentro e fora do ambiente, auxiliando nos diferentes ritmos de aprendizagem (visto que os mesmos podem escutar inúmeras vezes um mesmo episódio) a fim de melhor compreenderem o conteúdo abordado.	Autodisciplina
WhatsApp®	Ativo	Disponibilidade em sanar dúvidas e criar conteúdos viáveis para o uso da plataforma.	Autonomia, portabilidade, mobilidade, facilidade de entendimento e flexibilidade.	Menor interação presencial.
Vídeo Conferência Skype®	Ativo	Utilizar a ferramenta para estreitar relacionamento e ampliar suas conexões, deve disponibilizar um conteúdo coerente e envolvente.	Oportunidade de se expressar de forma espontânea além de interagir com várias pessoas no mundo todo, não restringindo a comunicação entre duas pessoas, pois ele permite que várias pessoas se comuniquem simultaneamente.	Quantidade de pessoas por conferência, necessidade da internet de alta velocidade.
Blogs	Ativo	Incentivar o aluno a expor sua opinião e trazer conceitos vistos em sala de aula de uma forma multimídia, possibilitando a sanar dúvidas, e proporcionar o networking.	Ferramenta de uso simples e de fácil acesso.	Se não atualizado o conteúdo fica obsoleto.
Ensino a Distância	Ativo	Propiciar uma plataforma de Ensino interativa com as informações adequadas para aquisição do conhecimento.	Ferramenta de uso simples e de fácil acesso, promovendo a flexibilidade.	A quantidade de pessoas envolvidas pode dificultar a interação e o envolvimento dos demais do grupo.
Hipermídia	Ativo	Utilizar a Metodologia para complemento da aula.	Torna a aula mais interativa.	Se não for bem utilizada, pode resultar em dúvidas e contradições.
Softwares Educativos	Ativo	Utilizar o software de forma adequada para inserção do conhecimento em sala de aula.	A metodologia é mais atrativa, propiciando novas formas de aprendizagem e interação com o grupo.	Se não for bem administrado pode resultar em competitividade entre os alunos.
Homem Virtual	Ativo	Apoia ao professor na transmissão do conhecimento.	Permite associar o conhecimento construído em diferentes conceitos e objetivos específicos ao da sala de aula.	Disponibilidade de recursos e participação do aluno.
Rede Social	Ativo	Coparticipante	Aprendizagem informal para troca de conhecimento e saber compartilhado entre nativos e imigrantes digitais.	Informalidade e disposição para a participação do aluno.
Plataforma Google®	Ativo	Orientar o aluno a buscar o conhecimento e estratégias que facilitem o aprendizado, bem como observar o desenvolvimento do aluno de acordo com as entregas de tarefas.	Acesso compartilhado, superando a barreira de limitação física.	Disponibilidade de recursos e participação do aluno, veracidade das informações.

Método	Papel do aluno	Papel do professor	Vantagens	Limitações
Aula expositiva	Passivo	Apresentar a informação de forma clara seja por exposições de slides ou outra didática.	Custo-efetivo	O aprendizado é em grupo, não sendo de forma individualizada.
			Visa a grandes grupos.	Não proporciona estímulo ao participante.
			Demonstra padrões, ideias principais.	Todos os alunos estão expostos à mesma informação, independentemente de suas habilidades cognitivas.
			Fornecer informações prévias para o processo de aprendizado contínuo.	
Discussão em grupo	Ativo	Orienta e mantém o foco na discussão.	Estimula a partilha de ideias.	Participante tímido ou dominante pode apresentar limitações em dar continuidade.
			É focada no aluno e no assunto.	Altos níveis de diversidade.
			Reforça o método de aprendizagem anterior do assunto.	Tem a necessidade da participação do professor.
Instrução individualizada	Ativo	Apresenta a discussão e facilita a aprendizagem individualizada	Adaptado às necessidades e metas individuais do aluno.	Trabalho intenso.
			Fornecer a possibilidade de Feedback imediato a ser partilhado.	Isola o aluno, privando de informações partilhadas.
Autoinstrução	Ativo	Possibilita o Feedback individual	Ritmo próprio.	Requer altos níveis de motivação.
			Estimula a aprendizagem ativa.	Não é bom para alunos que tendem a procrastinar.
			Inclui a oportunidade de reflexão e revisão.	
Palavras Cruzadas	Ativo	Estimular o aluno a buscar informações e memorizar conceitos.	Rápido e informal, permite ao aluno o engajamento.	Tempo, competitividade.
Trabalho em Grupo	Ativo	Orientar os alunos sobre o tema em questão estimulando competências como trabalho em equipe, liderança, comunicação.	Arelados com a Teoria de Vygotsky, atribuem um papel preponderante às relações interpessoais no processo de aquisição do conhecimento.	Não participação de alguns estudantes, por dificuldade na interação e com o assunto, disposição em ajudar.
Ensino por Projetos	Ativo	Intervém no processo de aprendizagem ao criar situações problematizadoras, introduzindo novas informações e dando condições para que seus alunos avancem em seus esquemas de compreensão da realidade de acordo com as situações vividas.	O aluno é visto como sujeito ativo, que usa sua experiência e seu conhecimento para resolver problemas. O conteúdo estudado é visto dentro de um contexto que lhe dá sentido.	Propõem atividades abertas, permitindo que os alunos estabeleçam suas próprias estratégias, a depender do aluno as expectativas podem não ser atingidas.
Congressos	Ativo	Apresentar a informação e as atualidades referentes a determinado assunto.	Diversos temas de atualidade em curto espaço de tempo, possibilitando o networking.	Custo e recurso não individualizado.
Storytelling	Ativo	Entusiasmar o aluno a focar sua atenção na história contada.	Possibilita a imaginação do aluno e a fluidez do assunto a raciocínio crítico.	Dispersão do aluno e falta de acompanhamento.

Método	Papel do aluno	Papel do professor	Vantagens	Limitações
Simulação Realística	Ativo	Projeta o ambiente de forma mais semelhante ao real.	Ensaia a realidade em um ambiente seguro.	Trabalho intensivo e custos com equipamentos.
		Facilita o processo.	Melhora a resolução de problemas de níveis mais complexos e nas habilidades de interação.	A metodologia precisa ser apreendida.
		Questiona após a experiência (debriefing).		
Demonstração e Execução	Passivo - Ativo	Na demonstração - modela a habilidade ou o comportamento (passivo). Na execução - Individualiza o Feedback para refinar o desempenho (ativo).	Previsão da habilidade/comportamento exato do que se espera.	Grupos pequenos são necessários para facilitar a visualização e o aprendizado.
			Oportuniza e supera a aprendizagem para alcançar a meta.	Trabalho intensivo para observar o desempenho individual.
			Permite a orientação individual imediata.	
Modelagem	Passivo	Modela a habilidade ou o comportamento.	Ajuda a socialização do papel.	Requer relação harmônica entre o comportamento e o aluno. Modelos negativos são influenciáveis.
Dramatização	Ativo	Projeta a forma; questiona após a experiência.	Desenvolve o entendimento dos outros.	Exagero ou subdesenvolvimento do papel.
			Possibilita a exploração de sentimentos e atitudes.	Limitada a grupos pequenos.
			Diminui a distância entre os papéis de clientes e profissionais.	
Ensino baseado em Problemas	Ativo	Facilita a discussão dos alunos, conduzindo-a quando necessário, indicando os recursos didáticos úteis para cada situação.	Iniciativa para estudar por conta própria. Aprendem melhor com leitura e discussão.	Autodisciplina.
Seminários	Ativo	Instruir o aluno na participação e na pesquisa de temas voltados a especificidade do conhecimento.	Permite ao aluno buscar referências e trazer atualizações da temática, motivando o mesmo a aprender.	Dificuldade de acesso à informação, disciplina e disposição em buscar sobre o assunto.
Laboratórios e Experimentos	Ativo	Apresentar aos alunos, na prática, o conhecimento visto em teoria.	Associação do conhecimento teórico aliado ao prático.	Disponibilidade de recursos.
Design Thinking	Ativo	Propiciar ideias aos alunos e direcionar ao conteúdo.	Possibilita interação, gerando criatividade dos participantes.	Disponibilidade de recursos e participação do aluno.

dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library (SCIELO), por meio do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos idiomas português ou inglês, de acordo com os descritores gerações, tecnologia educacional, aprendizagem, educação em enfermagem e educação continuada em enfermagem, foram excluídos artigos fora do período delimitado, não disponíveis em texto completo, os que se repetiram na combinação dos descritores sele-

cionados e aqueles cujos assuntos não respondiam a questão norteadora da pesquisa ou não tinham relação com o objetivo da pesquisa.

A busca aos bancos de dados, considerando a utilização de todos os descritores e palavras-chave, localizou 893 artigos. Após a realização da leitura do título, resumo e textos na íntegra, foram excluídos 852, artigos que não contemplaram o tema do estudo e não associados com a questão norteadora. Assim, foram selecionados para

a amostra 41 artigos, nos quais foram identificadas o papel do professor no processo de ensino aprendizagem.

Discussão

O processo educacional e a construção da percepção de mundo estão em constante transformação, com alunos que passaram a ser mais visuais, e com a linearidade do pensamento sendo quebrada, a possibilidade de se navegar pela internet, aonde o ir e voltar é possível, traçar conexões, ler

simultaneamente textos sobre o mesmo assunto, entre outros, se desenvolveu a partir da geração anterior (Geração X), em que a televisão foi o principal meio de comunicação, que permitia o controle remoto, assim como o acesso a diversos canais e suas conexões. Diferentemente dessa geração, a geração da internet tem mais dificuldades de se adaptar aos modelos formais de educação, a partir deste fato, há necessidade de pensarmos em um novo processo de educação que permeia de forma não linear e fluida.⁴

Hoje o desafio de aprendizagem permeia os dois principais atores: professor e aluno, na atual situação pedir a um jovem uma leitura de artigo, ou de um livro sobre Controle de Infecção, por exemplo, pode se tornar uma tarefa morosa e por vezes inconclusiva. Se concluído sem dúvida essa tarefa pode ser “fácil demais”, uma vez que o recurso da internet possibilitaria um “copiar colar” e a tarefa seria cumprida sem ao menos ler ou questionar o que fora escrito, não formando uma visão crítica.⁵

Permeando os conceitos de andragogia (educação para adultos) o aluno precisa sentir-se motivado e o conteúdo precisa ser aplicado para suas atividades profissionais ou pessoais, com isso o professor dos dias de hoje precisa desafiar ao aluno ao solicitar uma tarefa.

Seguindo o exemplo do parágrafo anterior, ao solicitar que o aluno leia sobre determinado tema, por exemplo, Controle de Infecção, deve-se solicitar que o resultado da tarefa seja, a comparação dos indicadores de infecção por sonda vesical de demora de um hospital privado e de um hospital público, ressaltando as similaridades, as consequências, e quais os planos de ação que o aluno sugere considerando um determinado contexto.⁴

O papel do professor perpassa desde os tempos antigos, grandes mestres como: Confúcio e Lao Tsé na China, profetas hebreus nos tempos bíblicos; Aristóteles, Sócrates e Platão na Grécia

antiga, e Cícero, Evelídio e Quintiliano na Roma antiga – são fontes de inspiração no aprendizado de adultos, na qual, desenvolveram um conceito muito distinto acreditando que a aprendizagem era um processo de investigação mental, e não a recepção passiva de conteúdos transmitidos.

Na enfermagem, pela característica da profissão, eminentemente práticas, que se configuram na relação assistencial entre o enfermeiro e o paciente, é preciso superar o aprender, que se baseia na memorização e na perpetuação

"Para o sucesso deste modelo de aprendizagem, o professor precisa estar imerso nessa nova realidade, e construção de um novo conhecimento"

de procedimentos e técnicas, para a direção do apreender, assimilar, compreender e por fim estabelecer um raciocínio clínico.⁶

Quando o professor não possui conhecimentos adequados da estrutura da disciplina que está ensinando, pode expor o conteúdo erroneamente aos alunos, no entanto, nos dias de hoje, não basta apenas conhecer o conteúdo e sim conhecer o aluno, as estratégias e interferências, tudo isso influencia no processo de aprender a aprender.

Para a enfermagem faz-se necessário romper as práticas mais tradicionais, uma vez que a mescla de gerações nesta categoria profissional é considerável, com isso sua formação e atualização precisam considerar generalização, diferenciação, reconhecimento, intersubjetividade e interdisciplinaridade.^{6,7}

Sobre a transformação do processo educacional que está ocorrendo e que ainda está por vir, e a inserção do jovem no mercado de trabalho, diversos autores afirmam que por um bom tempo coexistirão professores atuando com os paradigmas de o processo ensinar a aprender descritos no livro e adotados em sala de aula, ainda que não seja o modelo ideal. Por mais que tenha funcionado até os dias de hoje, as novas gerações romperam tais paradigmas e demonstram interesse em construir um novo meio de aprender e ensinar.⁸

Obtivemos uma evolução do conceito do aprendizado, considerando a aprendizagem como aquisição de respostas - trata-se de uma ideia de aprendizagem associacionista, mecânica e determinada; aprendizagem como aquisição de conhecimentos - centra-se no estudo dos processos mentais, isto é, nos mecanismos internos que estão subjacentes ao comportamento humano, dando pouca importância aos elementos externos ao organismo; aprendizagem como construção de significados - o aluno já não se limita a adquirir conhecimentos, senão que os constrói usando a experiência para compreender e modelar o novo.⁹

Tal evolução propicia considerar que estamos vivendo em um mundo de paradoxos, como a coexistência da realidade da nova geração imediatista, e as gerações que valorizam e estimulam a presença em sala de aula. Os professores e educadores tem a missão de se preparar e desenvolver a capacidade de trabalhar com ambas as situações.⁸

Ao falarmos dos professores, a realidade é que muitos cresceram em um tempo em que a televisão foi o princi-

pal meio de comunicação em massa, o aprendizado e o contato com o mundo ocorria em sala de aula por meio do que era transmitido pelos professores, o jornal tinha que ser lido todos os dias, etc. Os alunos atuais vivem em uma realidade tecnológica e virtual muito diferente: internet, celulares “smartphones”, aplicativos, videogames, “avatars” e perfis em redes sociais, e é natural que estas diferenças provoquem o reinventar do papel do professor.⁸

Para o sucesso deste modelo de aprendizagem, o professor precisa estar imerso nessa nova realidade, e construção de um novo conhecimento, é necessário conhecer as novas gerações e suas características, bem como possibilidades e limites, a linguagem, e o pensar não individualizado no aluno e sim no seu papel e importância no mundo em que convive presencial ou digitalmente.^{7,8}

Todas as gerações foram impactadas pela transformação do mundo e de um modo geral, toda a questão trazida pelas novas metodologias, modelos de aprendizagem e gerações geram impactos no mercado de trabalho. Deve-se considerar que o novo profissional não se limita à geração Y, mas engloba todos os futuros formados com essa mescla de gerações e mudanças sociais.

As organizações exigem competências que são recentes na literatura, e com isso há poucas chances de preparar os jovens durante a fase escolar. Por um lado, a geração Baby Boomer busca um trabalho com estímulo de relacionamento interpessoal e profissional, na qual, o processo de aprendizado deve ser baseado na experiência e acumulado ao longo dos anos, por outro as gerações X e Y que buscam um trabalho que possibilite seu desenvolvimento em um processo de aprendizagem contínuo e imediato, uma vez que o imediatismo é característica da geração X e Y.^{4,10}

Podemos afirmar que chegamos na era da Educação 3.0 ou Educação Interativa Significativa, como dito por alguns autores e compreende-se dessa

forma que as tecnologias móveis serão uma das grandes ferramentas para o aprendizado em saúde, podendo expandir as experiências e material educacional necessário para o desenvolvimento do profissional, tudo isso é a base do movimento maker (o “aprender com a mão na massa”) que os alunos façam, reflitam e entendam por que estão estudando aquilo e como o aprendizado se encaixa em seu contexto pessoal e profissional.

"O papel do professor é essencial neste processo de desenvolvimento, frente às estratégias educacionais"

Em toda essa perspectiva é fundamental considerar o novo papel do professor e do aluno no processo de aprendizagem, pois a ação de apreender [segurar, prender, entender, compreender] não é passiva e exige do aluno uma ação constante de conscientização, ação, busca interação, diferente do que em algumas situações é trazido em sala de aula, mudando o simples conceito de assistir aulas, para interpretar e compreender o conteúdo.¹¹

O professor precisa estar focado na construção do conhecimento, na per-

sonalização, no domínio de ferramentas e no processo interativo com o aluno, assemelhando aos ideais do ensino híbrido. Ou seja, misturar as melhores práticas da sala de aula tradicional, com ferramentas digitais personalizadas. A presença de tecnologias não diminuirá a importância do professor nas instituições de ensino, apenas transformará o seu papel.¹¹

Nesta nova concepção / tendência de aprendizagem, o professor torna-se um “arquiteto” do conhecimento, mostrando ao aluno que há diferentes formas de construir o saber. “O uso de tecnologias serve com combustível diversificado de ferramentas que podem estimular e facilitar o processo de aprendizagem, e cabe ao professor ensinar ao aluno como utilizá-las de forma crítica e produtiva”.¹¹ A tecnologia deve ser uma aliada para promover a inovação contínua na educação, de modo que o professor estimule o protagonismo dos alunos e torne-se um mediador.¹²

Estamos reforçando a necessidade de o professor estar ligado ao processo de ensino aprendizagem, principalmente no que condiz com a tecnologia, há um paradoxo importante nesse processo, por que o processo de treinamento formal oferece esforço para as pessoas e sabemos que, muitas vezes a lei do menor esforço prevalece. Isso é complicado porque devemos nos preocupar com toda a linha de raciocínio que leve os alunos a acreditarem na maximização dos esforços e consequentemente do resultado.

Nascidos numa época em que a tecnologia não fazia parte do dia a dia, os professores que agora chegam às salas de aula devem procurar novos modos de ensinar para alunos que a tecnologia já faz parte do dia a dia, com isso a tecnologia tende a tornar o processo de aprendizagem mais emocional, inteligente, construído e satisfatório ao professor e ao aluno.

O papel do professor é essencial

neste processo de desenvolvimento, frente às estratégias educacionais, com isso foi elencado o papel do professor e do aluno, bem como as vantagens e suas limitações conforme demonstrado no quadro 1.

Em um mundo que tem preferência pela rapidez e pela eficiência, formatar as soluções de aprendizagem em pequenas partes é essencial para que os alunos possam lidar com informação relevante em pouco tempo, com isso é de fundamental importância avaliar as vantagens e desvantagens das estratégias educacionais, construindo o conceito em sala de aula mais adequada para o perfil de cada geração¹⁴.

E como deveria ser a preparação deste novo professor? É evidente que os professores necessitam acompanhar as mudanças a fim de adaptar-se, mas devemos considerar que hoje a formação é exclusiva para o ensino tradicional (evolução de um modelo jesuítico)

mais linear, baseado em textos, prováveis desafios podem vir a ser enfrentados por professores, entre os quais, destaca-se a necessidade de letramento digital, a resistência ao uso de novas tecnologias e à formação continuada.

É necessário criar um novo panorama na educação primeiramente o professor deve ser um aluno constante, não só na perspectiva de buscar conhecimento, mas também em entender o aluno. É importante que o professor se coloque no lugar do aluno (aprendiz), antes de exercer a sua função, ele adotará uma postura mais atenta, receptiva, sendo capaz de enxergar como ele vê e modificar sua perspectiva, o professor precisa estar motivado ele deve reconhecer que é preciso mudar e, além disso, a instituição de ensino precisa prover meios de desenvolvimento profissional, trazendo novos conhecimentos, novas técnicas de ensino e aperfeiçoamento.^{12,13}

Conclusão

O cenário precisa ser modificado pela inclusão de novas estratégias educacionais, pela mudança do perfil do professor e pelas novas gerações em ascensão tanto em instituições de ensino como no mercado de trabalho, o modelo tradicional de ensino com o objetivo de qualificar pessoas para o mundo do trabalho, com um currículo rígido, informações estruturadas em uma grade de disciplinas e séries e o método de ensino tem foco apenas na transmissão de informações.

Diante de tal afirmação deve se destacar de que o professor não perdeu espaço na era digital, pelo contrário o professor assume um papel de propiciar transformar a informação que o aluno encontra facilmente em relevante e irrelevante, a confiável da não confiável e é neste cenário que o professor amplia sua importância como curadores de conteúdo. 🐦

Referências

1. BASTABLE, Susan B.. O Enfermeiro como Educador. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
2. LOPES, Tania Oliveira. Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre as estratégias de ensino na graduação em enfermagem. 2012. 126 f.
3. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
4. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2006;
5. GUYKAT 2014 - "The Rise of Bite-sized e-Learning", Guykat, 2014.
6. GARCIA, Rosângela Silveira. Rede Social na Internet como espaço na nova cultura de aprendizagem.. Trilha Digital, v2, n1 – São Paulo, 2014.
7. SANTOS, B. S.; RADIKE, M. L. Inclusão digital: reflexões sobre a formação docente. In: PELLANDA, N. M. C.; SCHLÜNZEN, E. T.; SCHLÜNZEN, K. S. J. (Orgs.). Inclusão digital: tecendo redes cognitivas/afetivas. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
8. Borges, Bento Souza. Juventude, Trabalho e Educação Superior: a Geração Y em análise. 2014. 154 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.
9. LOPES, Tania Oliveira. Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre as estratégias de ensino na graduação em enfermagem. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
10. NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; SILVA, Luzia Wilma Santana da; PIRES, Eulina Patrícia Oliveira Ramos. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 252-260, Apr. 2011.
11. SANTOS NETO, Elydio dos; FRANCO, Edgar Silveira. Os professores e os desafios pedagógicos diante das novas gerações: considerações sobre o presente e o futuro. Revista De Educação do COGEME – Ano 19 – n.36 – janeiro/junho 2010.
12. Andriola, Wagner. Avaliação do aprendizado discente: estudo com professores. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. 46, p. 141-158, out./dez. 2012. Editora UFPR. Pag. 141-158.
13. Souza Dutra, Joel, Rosa Veloso, Elza Fátima, Cunha da Silva, Rodrigo, Diferentes Gerações e Percepções sobre Carreiras Inteligentes e Crescimento Profissional nas Organizações Revista Brasileira de Orientação Profissional 2012
14. ANASTASIOU LG; ALVES LP. Processos de Enfermagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula: 7ª ed. Joinville, SC. UNIVILLE, 2007.
15. MORAN, J. M. Educar o educador. MORAN, J. M., MASETTO, M. e BEHRENS, M. Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica. 16ª ed. Campinas: Papirus, 2009.
16. GONÇALVES, Carolina Lourenço Defilippi. Gerações, tecnologia e educação: análise crítica do emprego educativo de novas tecnologias da informação e comunicação na educação superior da Região Metropolitana de Campinas, SP. 2012. 62 f. Tese (Mestrado), Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Unisal, Americana, 2012.
17. SAKS, A; BELCOURT, M. An investigation of training activities and transfer of training in organizations. Human Resources Management, 45 (4), 629-648.

Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama

RESUMO | Considerando a relevância e a complexidade do processo comunicativo no cuidado em saúde, o objetivo do estudo foi analisar a percepção de mulheres em tratamento do câncer de mama sobre a comunicação com profissionais e identificar os principais desafios deste processo. Foram realizadas 13 entrevistas com mulheres que realizavam tratamento em dois serviços de oncologia de Marília (SP). Os dados foram analisados com a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin. As categorias identificadas foram: o impacto da comunicação sobre o diagnóstico e o tratamento, a comunicação do prognóstico da doença e; fatores que interferem na comunicação no cotidiano do cuidado, destacando-se o preparo dos profissionais, o fornecimento de informações claras e precisas, a disponibilidade para ouvir as necessidades individuais, a compreensão das características pessoais e do contexto de vida, respeito às crenças e interesse pelas pessoas da família. A comunicação representa a dimensão central do cuidado em situações de doenças graves ou de longa duração, no entanto, investimentos são necessários, especialmente no que se refere à formação dos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: comunicação; relações profissional-paciente; neoplasias.

ABSTRACT | Considering the relevance and complexity of the communication process in health care, the goal of the study was to analyze the perception of women going through breast cancer treatment about the communication to professionals and also to identify the main issues of this process. The study involved thirteen interviews with women who have been treated at both oncology services in Marília (SP). The data analyzed was based on the thematic content analysis technique proposed by Bardin. The categories identified were: the impact of communication about diagnosis and treatment, the communication of disease's prognosis and the factors that interferes in the daily care communication highlighting the training of professionals, the purveyance of clean and precise information, the availability to listen the individual needs, the comprehension of personal characteristics and life context and also the respect to beliefs and interests for the people in the family. The communication represents the cultural central dimension of care in grave or long-term illness, however investments are necessary, especially when regards to the training of health professionals.

Keywords: communication; professional-patient relations; neoplasms.

RESUMEN | Teniendo en cuenta la relevância y la complejidad del proceso de comunicación en el cuidado en salud, el objetivo del estudio fue analizar la percepción de mujeres en tratamiento del cáncer de mama sobre la comunicación con profesionales e identificar los principales desafíos de este proceso. Se realizaron 13 entrevistas con mujeres que realizaban tratamiento en los dos servicios de oncología de Marília (SP). Los datos fueron analizados con la técnica de análisis de contenido temático propuesta por Bardin. Las categorías identificadas fueron el impacto de la comunicación sobre el diagnóstico y el tratamiento; la comunicación del pronóstico de la enfermedad y, factores que interfieren en la comunicación en el cotidiano del cuidado, destacándose: la preparación de los profesionales, el suministro de informaciones claras y precisas, la disponibilidad para oír las necesidades individuales, la comprensión de las características personales y del contexto de vida, el respeto a las creencias e interés por la personas de la familia. La comunicación representa la dimensión central del cuidado en situaciones de enfermedades graves o de larga duración, sin embargo, las inversiones son necesarias, especialmente en lo que se refiere a la formación de los profesionales de la salud.

Palabras claves: comunicación; relaciones profesionales-paciente; neoplasias.

Márcia Aparecida Padovan Otani

Enfermeira. Doutora. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Maria José Sanches Marin

Enfermeira. Doutora. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Nelson Filice de Barros

Cientista social. Livre docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Adriana Avanzi Marques Pinto

Enfermeira. Doutora. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA).

Recebido em: 25/04/2018

Aprovado em: 29/05/2018

Introdução

A incidência de câncer no mundo cresceu 20% na última década e a estimativa para o ano de 2018 é de 600 mil casos novos. O câncer de mama é o segundo tipo mais incidente e é o que mais afeta as mulheres. Embora ele seja, atualmente, considerado de relativo bom prognóstico quando tratado precocemente, as taxas de mortalidade ainda continuam elevadas¹.

Sabe-se que, devido à natureza desta doença e do seu tratamento que é, muitas vezes, doloroso e desgastante, as mulheres

acometidas podem apresentar mudanças no estado psicológico e interações sociais, decorrentes da incerteza e do medo da morte². Considerando a complexidade do câncer e a necessidade de constante apoio dos profissionais de saúde, a comunicação que se estabelece no relacionamento profissional-paciente, é considerada um dos principais núcleos do cuidado em oncologia.

O processo de comunicação é crucial no tratamento do câncer, embora na prática se observe que, nem sempre, os profissionais estão atentos aos aspectos que interferem negativamente neste processo. Uma revisão da literatura especializada revela que a maioria dos estudos que avaliaram programas de capacitação e treinamento para profissionais de saúde são considerados eficazes como estratégia de intervenção para melhoria da qualidade da comunicação^{3,4}.

No processo de cuidado em saúde deve-se levar em conta que os pacientes, muitas vezes, não têm condições de avaliar o conhecimento técnico dos profissionais, mas são capazes de compreender as características que influenciam no processo de comunicação, na formação de vínculo e no enfrentamento da doença⁵.

Compreender o processo comunicativo e desenvolver habilidades de comunicação é fundamental a todos os profissionais de saúde, no entanto, o reconhecimento acerca do impacto da comunicação em saúde ainda é subdimensionado⁶. Considerando esses aspectos os resultados desta pesquisa poderão contribuir para reflexão e conscientização dos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro enquanto principal intermediador do cuidado a essas mulheres e familiares.

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de mulheres em tratamento do câncer de mama sobre a comunicação com profissionais, para identificar os principais desafios do processo comunicacional em saúde.

Metódos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizavam

tratamento em um dos dois serviços de oncologia do município de Marília, estado de São Paulo. O município conta com uma população aproximada de 219.000 habitantes e os serviços de saúde organizam-se hierarquicamente, tendo como porta de entrada 12 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST) e 30 Unidades de Saúde da Família (USF). A rede hospitalar conta com cinco hospitais que prestam serviços de média e alta complexidade.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi entrevista semi-estruturada, apoiada em um roteiro contendo dados sócio-demográficos e questões norteadoras.

Nas pesquisas qualitativas “a amostra deve estar vinculada à dimensão do objeto de pesquisa que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo ou grupos a serem entrevistados”⁷. Fizeram parte deste estudo treze mulheres, seguindo os critérios de inclusão pré-estabelecidos: ter idade superior a 18 anos; ter conhecimento acerca do diagnóstico médico; estar em tratamento do primeiro diagnóstico de câncer de mama (não se tratar de recidivas); ter iniciado o tratamento no serviço de oncologia, há, no mínimo, seis meses, com retornos regulares; residir no município de Marília ou em municípios próximos; e ter condições físicas e de comunicação para responder aos questionamentos.

A saturação teórica foi o critério utilizado para interrupção da coleta de dados e definição do tamanho da amostra. A saturação não deve ser utilizada com a lógica quantitativa ou como mero sinônimo do momento em que os dados se tornam repetidos; o conceito de saturação deve estar associado com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão de um problema, de modo que esses diferentes aspectos possam ser analisados à luz das teorias que fundamentam suas indagações⁷.

Para a análise dos dados utilizou-se os pressupostos da Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Essa técnica aprofunda-se na interpretação das falas, depoimentos e documentos, relacionando com as características e significados das variáveis

psicossociais e contexto cultural⁸. Durante a análise foram percorridas as etapas descritas por Bardin⁹: inicialmente, a pré-análise, em que foi realizada a leitura flutuante e exaustiva de todo material coletado; na segunda etapa, chamada de exploração do material, foi realizada a codificação dos dados, por meio do desmembramento do texto e agrupamento analógico, com divisão em categorias e na terceira etapa, a inferência e a interpretação a partir do tratamento dos resultados obtidos, respaldadas pelo referencial teórico.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Medicina de Marília, instituição proponente, sob o número de protocolo do estudo 524/11 e obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, como instituição coparticipante. As entrevistas foram realizadas no domicílio em dia e horário previamente agendado, com o auxílio de profissionais da Unidade de Saúde da Atenção Básica a qual as participantes pertenciam. Cada entrevista foi iniciada somente após esclarecimentos acerca do objetivo do estudo, da liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano, sobre a garantia de sigilo e anonimato e sobre a divulgação dos resultados em eventos e publicações científicas. As entrevistas foram gravadas em áudio para melhor apreensão das informações obtidas.

Resultados

As mulheres entrevistadas possuíam idade entre 37 e 65 anos e escolaridade variando do ensino fundamental incompleto à formação universitária. Quanto ao estado civil, sete eram casadas, três solteiras e duas divorciadas. Em relação à moradia, duas moravam sozinhas e as demais com o marido e ou com filhos ou netos. Com exceção de uma delas, todas tiveram filhos, com o número variando de 1 a 5. As profissões eram diversas (cozinheira, telefonista, auxiliar de enfermagem, professora, zeladora de escola, auxiliar de polimento) e apenas duas não trabalhavam fora de casa. Em relação ao plano de saúde, cinco utilizavam exclusivamente os serviços do Sistema Único de

Saúde (SUS) e oito utilizavam algum plano de saúde suplementar e também o SUS.

Dos dados coletados nas entrevistas emergiram três categorias analíticas, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

O impacto da comunicação sobre o diagnóstico e o tratamento

Para algumas mulheres a comunicação do diagnóstico foi compreendida como eficiente, sendo caracterizada por afeto, cuidado e palavras de incentivo, como se observa neste extrato do discurso:

“Ele (ginecologista) deu a notícia, dizendo: - Vamos em frente, isso num é nada. Isso é começo, a gente vai lutá e vai passá! E ele foi ajeitando tudo.” (E1)

Nos sentidos atribuídos pelas mulheres acerca da comunicação dos médicos no momento em que são orientadas sobre o tratamento indicado, fica evidente a valorização dessa habilidade e a sua importância para a continuidade do tratamento, como relata uma das entrevistadas afirmando que o profissional *“ajuda sempre que eu preciso falar alguma coisa ou saber uma dúvida, ele tá sempre à disposição. Tenho o telefone dele...”* (E10)

Sabe-se que a maioria dos pacientes com câncer necessita de informações e apoio emocional. No relato abaixo, por exemplo, é possível identificar o sentimento de desamparo vivenciado pela paciente ao perceber que o médico não iria fazer algo para diminuir seu sofrimento.

“Um dia eu estava muito ruim. Eu liguei para o médico e ele falou para ir na Santa Casa tomar soro. Aí eu falei: Mas como é que eu vou tomar soro, se eu não aguento de dor nas veias, não conseguem mais pegar veia? Ele falou: Então não tem o que fazer, não posso fazer nada...” (E3)

O relato a seguir também exemplifica uma condição frequente e incompatível no processo de comunicação entre profissional de saúde e paciente, que pode ter consequências graves à medida que leva ao desestímulo para o enfrentamento da doença.

“Quando eu cheguei lá, eu falei para a recepcionista: - Estou com horário marcado com o doutor. Ela respondeu: - A senhora

veio sob indicação de quem, de que posto? E eu: - Não, eu vim do consultório... Ela falou: - De jeito nenhum... a Secretária da Saúde é que vai agendar o seu tratamento... Não é assim, chegar e já ir sendo atendida não!” (E1)

A comunicação do prognóstico da doença

As entrevistadas relataram dificuldades dos médicos na abordagem acerca do prognóstico da doença, sendo ora negado, ora explicitado. No depoimento que segue, a abordagem profissional negativa se deu, sobretudo, pela relação autoritária e unilateral e pelo silenciamento intencional do médico buscando evitar discutir com a paciente dúvidas sobre seu processo de saúde-doença-cuidado.

“Um dia, eu perguntei: Quais as chances? É um tipo mais agressivo, não é? É o que mais mata? Ele olhou pra mim: Pelo que estou vendo tem chance altíssima de cura. Eu falei: É um dos que mais mata, doutor? Ele não respondeu. Depois o doutor (outro médico) me disse que 90% dos casos é o que mais... né? Mais o oncologista não me respondeu...” (E1)

Os profissionais de saúde devem compreender as características de cada um, de forma a facilitar a identificação das necessidades de cada pessoa. Nos extratos que seguem percebe-se o valor da dessa habilidade para lidar com as diversas necessidades, pois como elas afirmam: *“Eu não sou muito de conversar e ele (o médico) já percebeu”* (E12); *“Eu sinto muita falta de conversar, eu sou uma pessoa muito solitária”* (E5); *“Eu sou uma pessoa dura de receber palavras, eu sou desconfiada”* (E3).

Fatores que interferem na comunicação no cotidiano do cuidado

Foram observados relatos de experiências positivas, nas quais as abordagens cuidadosas consideraram a incerteza imposta pelo diagnóstico e respectivo tratamento, ao mesmo tempo em que deram suporte às necessidades das pacientes.

“Ele (o médico) é sempre muito cuidadoso com as palavras, ele é sempre assim. Ele pega você pela mão e fala: - “Levanta e vamos viver, vamos lutar!” (E1)

“Ah, eu perguntava se iria resolver com o tratamento, porque como não foi dissecado tudo... Aí ele sempre falava: A gente tem que esperar o tempo passar, o tratamento terminar, não adianta eu dizer pra você agora que não vai resolver!” (E6)

Na percepção das mulheres a comunicação entre os profissionais é um elemento fundamental para o cuidado integral, pois *“tudo que acontece na quimio, ela (auxiliar de enfermagem) já liga para médica (...). Quando eu ia na médica, ela já me falava o que tinha acontecido comigo, sem eu falar.”* (E6)

A inclusão dos membros da família é outro elemento que pode ampliar a possibilidade de comunicação e a potência do tratamento *“Ah, o doutor sempre pergunta: “Como estão suas filhas? É gostoso, a gente não fica só focada na doença.”* (E6)

No entanto, com base nos depoimentos que seguem, ainda se observa atitudes autoritárias dos profissionais: *“Existem outros médicos que têm uma postura mais assim: eu mando, vocês obedecem, eu sou o médico, eu sei o que eu tô fazendo. Eu percebi isso muito na minha terceira quimioterapia.”* (E1)

No relato abaixo, a abordagem profissional com a paciente associa a falta de habilidade de comunicação com a in experiência profissional e dificuldades na formação.

“No primeiro dia que ia fazer radioterapia, um médico novo quis conversar. Acho que acabou de fazer faculdade ou está fazendo estágio, porque era mocinho. Ele falou: Você está sabendo que vai ter que operar de novo? Aí eu fiquei tão chocada, me deu vontade de chorar, me deu uma angústia na hora. Aí o (outro) médico chegou e falou: Não! Você vai fazer a rádio, porque talvez melhore. E eu acho também que (o primeiro) não estudou direito porque acho que quem leva o estudo a sério, num trata um paciente assim. Eu penso que mesmo na medicina deve ter uma parte de psicologia, né?” (E6)

Nesse depoimento fica evidente que as pacientes estão atentas a todo comportamento dos profissionais, incluindo palavras, gestos e atitudes, embora os profissionais, nem sempre, reconheçam a grande influência do seu comportamento nas interações que desenvolvem.

Foi possível evidenciar o desrespeito à crença e ao contexto de vida da paciente, com a exposição de valores pessoais interferindo na relação e a orientação prescritiva do profissional. Nos extratos que seguem são relatadas duas abordagens que dificultam o processo comunicacional.

“Ele (psicólogo) perguntou da doença, eu falei: Ah, eu num posso falar nada porque Deus me libertou. Ele falou: Eu não acredito que Deus liberta. E eu respondi: Se você não acredita que Deus liberta, então não vou voltar aqui, se eu estou aqui é porque eu estou curada.” (E9)

“A nutricionista queria que alguém fizesse a comida para mim e eu não tenho mãe ou irmã que faça. Mas ela queria que eu fizesse pão com não sei o quê. Aí, eu falei: - Ah Dra., tenha santa paciência, eu não aguento ficar em pé, vou fazer pão? (risos).” (E3)

A habilidade comunicacional exige que o profissional desenvolva atitudes de interesse, afeto e cordialidade, pois a carência desses aspectos leva a seguintes insatisfações: *“O meu médico (...) ele não te explica, se você pergunta, ele fala, mas, sabe? Fica uma barreira, ele é muito seco...”* (E1)

Discussão

O câncer pode deixar fragilizados os pacientes e os familiares devido ao estigma que possui, e sua forte associação com sofrimento, mutilação e morte. Assim como foi constatado neste estudo, a literatura aponta que a comunicação do diagnóstico de câncer não é uma tarefa fácil. Se constitui no primeiro momento do tratamento, ou seja, na primeira ação que afeta o estado do paciente e, sendo assim, não cabe ao profissional somente informar a pessoa, é preciso ter consciência de que o impacto da notícia depende, também, da forma como se dá essa comunicação. O profissional deve, portanto, considerar que os pacientes não são organismos biológicos que se esgotam na dimensão fisiológica, são sujeitos conscientes de sua existência, com capacidade de pensar, sentir, atuar e decidir sobre o curso da sua vida².

A abordagem adequada sobre a doença contribui para maior cooperação no relacionamento interpessoal entre profissional

e paciente. Isso vai de encontro com a Política Nacional de Humanização que orienta o trabalho com o acolhimento, por meio da escuta ativa e individualizada, com a finalidade de construir vínculos e estabelecer relações de confiança e compromisso entre usuários e equipes de saúde¹⁰. De acordo com essa política, não basta que os profissionais de saúde forneçam informações sobre diagnóstico e tratamento, é preciso, também, que tenham disponibilidade para escutar dúvidas e medos, esclarecer e orientar, de forma que o paciente e a família compreendam a doença, se conscientizem da necessidade de acompanhamento médico e encontrem estratégias de adaptação frente às mudanças impostas pela doença¹¹.

Assim como os pacientes, as famílias têm sua vida alterada frente ao diagnóstico de câncer, vivenciam sentimentos de ansiedade, preocupação, insegurança e tentam fazer o possível para o restabelecimento da saúde e é preciso que seja cuidada em suas necessidades emocionais, por meio da escuta aberta e acolhedora dos profissionais de saúde¹².

Alguns relatos desta pesquisa revelam a expectativa das mulheres de serem tratadas com respeito e empatia, manifestada pelo desejo de serem atendidas por profissionais atenciosos e cuidadosos, especialmente nos momentos em que se encontram fragilizadas devido ao sofrimento físico e sentimentos de medo e insegurança decorrentes da doença. De forma prática, o profissional de saúde pode ser uma fonte de apoio emocional para o paciente fornecendo informações técnicas de forma clara e simples, respeitando o desejo do paciente em aprofundá-las ou não, repetir as informações em diferentes momentos e verificar se o paciente compreendeu, perguntar sobre o sofrimento ou bem-estar, respeitar o silêncio entre uma fala e outra e, utilizar os aspectos positivos da comunicação não verbal, tais como gestos que demonstrem compreensão e apoio empático (olhar atento, assentir com a cabeça, toque gentil), postura corporal (inclinar-se em direção ao paciente, sentar-se ao conversar com o paciente, evitar dividir a atenção entre a fala com o paciente e outras tarefas)¹³.

Em um dos relatos das entrevistadas

percebe-se a forma inadequada de comunicação que exige um esforço extraordinário da mulher para a continuidade do tratamento e, considerando o fato de que muitas delas podem encontrar-se em situação de vulnerabilidade e dificuldade de buscar outros recursos para o tratamento esse tipo de comunicação pode ser decisivo para o abandono do tratamento.

A postura autoritária foi evidente em outro depoimento e permite inferir que se estabeleceu uma relação unilateral, na qual não apenas a habilidade de comunicação é comprometida como também várias outras dimensões relacionais, uma vez que o especialista por profissão produz assimetrias colocando-se em lugar superior ao do especialista pela experiência e do especialista por convívio, este último quase sempre incluído de maneira muito positiva no tratamento¹⁵.

As relações de cuidado devem ser baseadas em interação saudável e não em relações de domínio do profissional com o paciente. Para isso é necessário que os profissionais mudem a forma de se posicionar diante da vida, dor e sofrimento do outro, de modo que não valorizem somente a operacionalização técnica dos procedimentos, mas demonstrem interesse pelo paciente e seu contexto¹⁴.

Quanto à comunicação do prognóstico da doença, mesmo a abordagem considerada positiva pode ser aflitiva para o paciente, pois a evolução da doença pode não ser compatível com o que há descrito na literatura. Frente a isso, é importante balancear a honestidade e a esperança, mantendo postura otimista e positiva, pois a perspectiva contrária pode desencorajar os pacientes¹⁶. Portanto, apreender a realidade com sensibilidade para identificar os sentimentos e as vivências do outro é um requisito essencial no processo de cuidar e tem como consequência a solidariedade. Para isso, é importante o desenvolvimento da empatia, desde o período de formação, para que o profissional possa compreender a condição psíquica e social do paciente.

Para trabalhar de forma competente, com abrangência das interfaces técnicas e humanas da profissão, é preciso que, du-

rante a formação inicial e continuada, tais campos se apresentem e se articulem nas diversas situações de ensino-aprendizagem. Estudos que abordam essa temática revelam falhas no processo de formação dos profissionais da área da de saúde¹⁷, visto que no campo da saúde, a habilidade de comunicação não se deve a um talento natural, e sim a um programa de capacitação para profissionais de saúde¹⁸. A formação mais centrada na perspectiva da cura do que no cuidado traz aos profissionais da saúde sentimentos de onipotência, com ideias, muitas vezes, equivocadas acerca do seu poder e da sua atuação no cuidado em saúde¹⁹. Há, também, a necessidade de capacitação continuada para facilitar a comunicação efetiva entre profissional e paciente e favorecer o cuidado integral e a recomendação

da utilização de protocolos validados e reconhecidos cientificamente sobre a comunicação do diagnóstico, tratamento e prognóstico em oncologia¹³.

Conclusão

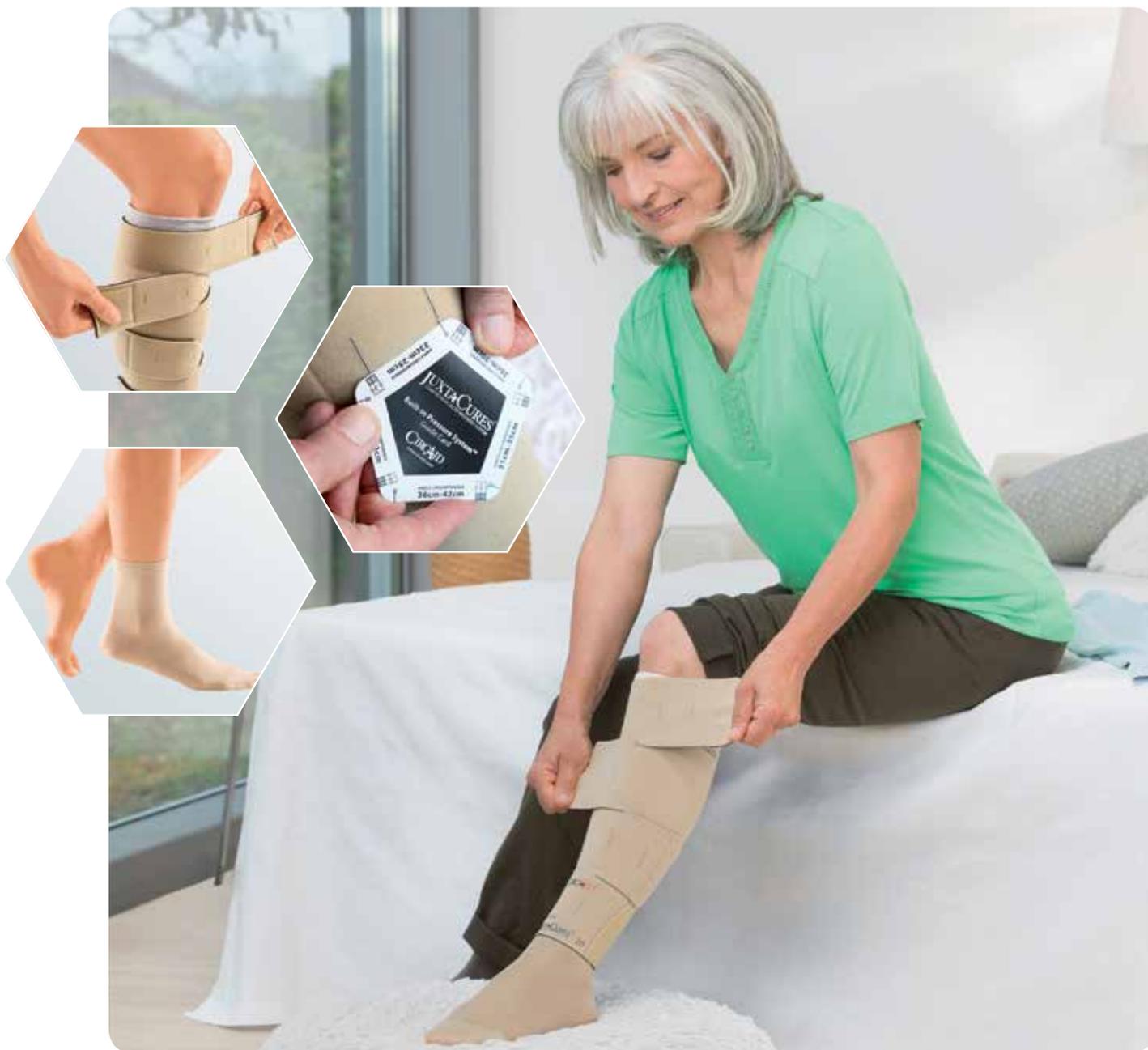
A análise da percepção das mulheres com câncer de mama sobre a comunicação com os profissionais da saúde no processo de tratamento, permitiu identificar sua importância no processo de enfrentamento da doença e cuidado. Assim, embora o avanço da tecnologia e os protocolos estejam estabelecidos e apropriados aos diferentes tipos e estágios da doença, o tratamento precisa ser acompanhado de elementos que individualizem o cuidado, por meio da valorização dos sentimentos e do respeito à forma singular que cada mulher enfrenta o problema.

As mulheres entrevistadas indicaram os fatores que interferem na comunicação no cotidiano do cuidado, destacando-se: preparo dos profissionais de saúde para lidar com o outro; fornecimento de informações claras e precisas; disponibilidade do profissional para ouvir as necessidades dos pacientes; respeito às crenças e compreensão das características pessoais e do contexto de vida; sensibilidade para com os sentimentos e as vivências do outro; demonstração de afeto e interesse pelo paciente e familiares.

Depreende-se que a comunicação constitui uma dimensão central do cuidado em situações de doenças graves ou de longa duração e que investimentos ainda são necessários, especialmente no que se refere à formação acadêmica e educação permanente dos profissionais de saúde. 🐦

Referências

1. Brasil. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [citado 5 fev 2018]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>
2. Puerto Pedraza HM, Gamba Collazos HA. La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Rev Cuid.* 2015;6(1):964-9.
3. Otani MAP, Barros NF. Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer. *Brasília Med.* 2012; 49(4): 258-66.
4. Otani MAP. Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. 221p.
5. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. O problema geral; p. 9-16.
6. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu).* 2009;13(Supl 1):641-9.
7. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualitativa.* 2017;5(7):1-12.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec. 2013.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 5 dez 2017]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
11. Rezende OLC, Mitre RMA Interfaces da relação entre o médico e a dupla mãe-filho em um hospital público. *Rev Bras Oftalmol.* 2013;72(3):159-63.
12. Karkow MC, Girardon-Perlini NMO, Camponogara BSS, Terra MG, Viero V. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. *REME • Rev Min Enferm.* 2015;19(3):741-6.
13. Bianchini D, Romeiro FB, Peuker AC, Castro EK. A comunicação profissional-paciente em oncologia: uma compreensão psicanalítica. *Rev Bras Psicoter.* 2016;18(2):20-36.
14. Rennó CSN, Campos CJG. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia REME • *Rev Min Enferm.* 2014;18(1):106-15.
15. Andrade APM, Maluf SW. Cotidianos e trajetória de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleischer S, Ferreira J, organizadoras. *Etnografias em serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 33-56.
16. Zacharias DG, Jensen MH, Farley DR. Long-term survival with metastatic carcinoid tumors: a case report and review of the literature. *J Surg Educ.* 2010;67(2):99-102.
17. Santos DCL, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KGM, Gaspar RB. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(3):295-300.
18. Heyn L, Ruland CM, Finset A. Effects of an interactive tailored patient assessment tool on eliciting and responding to cancer patients' cues and concerns in clinical consultations with physicians and nurses. *Patient Educ Couns.* 2012;86(2):158-65.
19. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Supl 1):1457-65.



Alta eficácia no tratamento de compressão para doenças venosas!

Compressão inelástica com tecnologia patenteada. Sistema circaid foi projetado com a capacidade de ser facilmente ajustado para compressão necessária e colocação rápida proporcionando a redução de edemas.



/medioficial



medibrasil

www.medibrasil.com

SAP 0800 777 1155



sap@medibrasil.com

Feridas Crônicas e Lesões por Pressão necessitam de uma nutrição especializada e **INOVADÓRA**.¹⁻³

CHEGOU
NOVASOURCE[®]
proline

A CICATRIZAÇÃO SE CONSTRÓI
COM INOVAÇÃO.



NÃO CONTÉM GLÚTEN

- Com prolina e arginina
- Alto teor de zinco, selênio, vitaminas A, C e E
- Com amido de tapioca
- Sem adição de sacarose
- Fórmula hiperproteica: 20g/200mL

Referência: 1. Soriano JV, Perez EP. Nutrição e feridas crônicas. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Documento Técnico GNEAUPP nºXII 2011. 2. Correia MITD, Rencio J, Serpa L, et al. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina - Projeto Diretrizes (DITEN), 2011. 3. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media, Osborne Park, Western Australia; 2014.

 NUTRIÇÃO
até VOCÊ

Onde comprar:
www.nutricaoatevoce.com.br

Para mais informações, acesse: www.nestlehealthscience.com.br
Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-7702461 - SMS 25770
Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.

 **Nestlé**
HealthScience