ISSN 1415-2762

reme

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

VOLUME 13 . NÚMERO 2 . ABR/JUN DE 2009

REME v13 n2.pmd 159 15/1/2010, 16:43

EDITORA GERAL

Adelaide De Mattia Rocha
Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETOR EXECUTIVO

Lúcio José Vieira
Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende
Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves
Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena
Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana de Oliveira Iquiapaza
Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros
Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes
Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat
Université de Lausanne – Suiça

Anézia Moreira Faria Madeira
Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Silvan Scochi
Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Daclé Vilma Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta
Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Houssein Rassool
University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos
Universit of Califórnia, San Fransico – USA

Isabel Amélia Costa Mendes
Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga
Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer
Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago
Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler
University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia
Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón
Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Maria Helena Larcher Caliri
Universidade de São Paulo – RP

Maria Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski
Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima
Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco
Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli
Universidade Federal de São Paulo – SP

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG

Em parceria com:
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos – MG
Universidade do Vale do Sapucaí – MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

CONSELHO DELIBERATIVO

Marília Alves - Presidente
Universidade Federal de Minas Gerais

José Vitor da Silva
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Rosa Maria Nascimento
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Maria Cristina Pinto de Jesus
Universidade Federal de Juiz de Fora

Tânia Maria Delfraro Carmo
Fundação de Ensino Superior de Passos

Sandra Maria Coelho Diniz Margon
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:
BDENF – Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPAS/OMS
CINAHL – Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN – Base de Datos de Enfermería en Espanhol
LATINDEX – Fundación Index
LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
REV@ENF – Portal de Revistas de Enfermagem – Metodologia SciELO (Bireme/OPAS/OMS)

Formato eletrônico disponível em:
www.enfermagem.ufmg.br/reme.php
www.periodicos.capes.ufmg.br

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica
Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

Editoração
Quarto Crescente (Andréa Esteves)

Impressão
Editora e Gráfica O Lutador

Normalização Bibliográfica
Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite
Jordana Rabelo Soares -

Revisão de texto
Maria de Lourdes Costa de Queiroz (Português)
Mônica Ybarra (Espanhol)
Mariana Ybarra (Inglês)

Secretaria Geral
Vanessa de Oliveira Dupin – Secretária
Geyzimara Reggiani Pereira – Bolsista da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP)

Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem – Av. Alfredo Balena, 190 – Sala 104, Bloco Norte – Belo Horizonte - MG
Brasil – CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

Assinatura
Secretaria Geral – Telefax: (31) 3409 9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores Cientíicos

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos. I. Universidade Federal de Minas Gerias. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

Sumário

167 **Editorial**

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SUA INTERFACE COM A PESQUISA

Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben

169 **Pesquisas**

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: VIVÊNCIA DO EDUCANDO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO

PROFESSIONAL EDUCATION: THE NURSING STUDENT'S EXPERIENCES IN PROVIDING CARE FOR CRITICAL PATIENTS

EDUCACIÓN PROFESIONAL: VIVENCIA DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO AL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO

Renata Silveira Appolinário

Adriana Katia Corrêa

177 **REGIME TERAPÊUTICO INADEQUADO EM IDOSOS ACAMADOS NO DOMÍCILIO**

INADEQUATE THERAPEUTIC REGIMEN AMONG BEDRIDDEN ELDERLY PATIENTS

REGIMEN TERAPÉUTICO INADECUADO EN ANCIANOS POSTRADOS EN EL DOMICILIO

Diana Nascimento e Santos

Suéli Nolêto Silva Sousa

Dâmaris Rebeca Soares da Silva

Jaqueline Carvalho e Silva

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

183 **REVISÃO E APLICABILIDADE DE UM SOFTWARE DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO ENSINO DE ENFERMAGEM**

REVIEW AND APPLICABILITY OF A SOFTWARE FOR THE SYSTEMATIZATION OF NURSING EDUCATION

REVISIÓN Y APLICABILIDAD DE UN SOFTWARE PARA SISTEMATIZAR LOS CUIDADOS EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Caroline Rodrigues de Andrade

Luiza Ferreira Ribeiro Tadeu

Izabela Rocha Dutra

Andreza Werli Alvarenga

Wilson de Souza Carvalho

Andréa Gazzinelli de Oliveira

Flávia Falci Ercole

Tânia Couto Machado Chianca

193 **AS REDES DE APOIO NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA**

SOCIAL NETWORKS AND SOCIAL SUPPORT FOR PEOPLE DEALING WITH CHRONIC RENAL DISEASE

REDES DE APOYO PARA ENFRENTAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Eda Schwartz

Rosani Manfrin Muniz

Andréia Burille

Juliana Graciela Vestena Zillmer

Danubia Andressa da Silva

Aline Machado Feijó

Maria Emília Nunes Bueno

202 **PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NEONATAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

BREASTFEEDING PRACTICES AMONG POSTPARTUM WOMEN DURING NURSING CONSULTATIONS IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTER

PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA ENTRE PUÉRPERAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEONATAL DE UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Marialda Moreira Christoffel
Monique Gomes Votto
Christiane Garcia Allevato
Manuela Dias Vieira Ambrósio
André Selleri Araújo

209 **A CONSERVAÇÃO DE VACINAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS**

CONSERVATION OF VACCINES IN PRIMARY HEALTH CARE CENTERS FROM A TOWN IN MIDWEST MINAS GERAIS

LA CONSERVACIÓN DE VACUNAS EN LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN UN MUNICIPIO DE LA REGIÓN CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

Valéria Conceição de Oliveira
Ione Carvalho Pinto
Inês Alcione Guimarães
Eliete Albano de Azevedo Guimarães

215 **O ENFERMEIRO NA PRÁXIS DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM NEONATO**

THE NURSE IN THE PRACTICE OF PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER IN NEONATAL CARE

LA ENFERMERA EN LA PRAXIS DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN EL RECIÉN NACIDO

Edinéia Machado de Freitas
Zigmar Borges Nunes

225 **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE INDIVIDUOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Patrícia Magnabosco
Maria Suely Nogueira

232 **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES HIPERTENSAS**

NURSING DIAGNOSES AMONG PREGNANT PATIENTS WITH HYPERTENSION

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADAS HIPERTENSAS

Annelita Almeida Oliveira Reiners
Majoreth Dióz
Neuma Zamariano Fanaia Teixeira
Priscila Maria da Silva Gonçalves

238 **PRÁTICAS PREVENTIVAS E FATORES DE RISCO PARA CÂNCER CERVICOUTERINO ENTRE DOCENTES UNIVERSITÁRIAS**

PREVENTIVE PRACTICES AND RISK FACTORS FOR CERVICAL CANCER AMONG UNIVERSITY TEACHERS

PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ENTRE DOCENTES UNIVERSITARIAS

Isis Roza de Oliveira
Ana Dorcas de Melo Inagaki
Amândia Santos Teixeira Daltro
Leila Luíza Conceição Gonçalves
Lincoln Vitor Santos

244 **AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO EXAME CLÍNICO PÉLVICO E DE MAMAS REALIZADOS POR ENFERMEIROS**

PRACTICAL EVALUATION OF CLINICAL BREAST AND PELVIC EXAMINATION PERFORMED BY NURSES

EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA DEL EXÁMEN CLÍNICO PÉLVICO Y DE LAS MAMAS EFECTUADA POR ENFERMEROS

Leila Luíza Conceição Gonçalves
Andréa Carla dos Santos Barros
Ana Dorcas de Melo Inagaki
Ana Cristina Freire Abud

249 **REPRESENTAÇÕES DE MULHERES FRENTE À INDICAÇÃO DE HISTERECTOMIA**

REPRESENTATIONS OF WOMEN FACING HYSTERECTOMY INDICATION

REPRESENTACIONES DE MUJERES ANTE LA INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA

Maria da Penha da Rosa Silveira Nunes
Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Geani Maria Machado Fernandes
Adriana Dora da Fonseca

256 **O SIGNIFICADO DE MEIO AMBIENTE NA VISÃO DOS ATORES SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE MUZAMBINHO – MG**

THE CONCEPTION OF ENVIRONMENT ACCORDING TO THE SOCIAL ACTORS OF MUZAMBINHO – MINAS GERAIS

EL SIGNIFICADO DE MEDIO AMBIENTE SEGÚN LA VISIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DEL DISTRITO DE MUZAMBINHO-MG

Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni
Francisco Carlos Félix Lana

266 **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DE FORTALEZA-CE, BRASIL**

REPRODUCTIVE AND SEXUAL HEALTH AMONG TEENAGERS FROM PUBLIC AND PRIVATE SCHOOLS OF FORTALEZA-CE, BRAZIL

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS Y PARTICULARES DE FORTALEZA-CE, BRASIL

Escolástica Rejane Ferreira Moura
Carolina Barbosa Jovino de Souza
Danielle Rosa Evangelista

Revisão Teórica

275 **EDUCAÇÃO EM SAÚDE – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE 2005 A 2007**

HEALTHCARE EDUCATION - LITERATURE REVIEW FROM 2005 TO 2007

EDUCACIÓN EN SALUD - REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE 2005 A 2007

Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Jairo Aparecido Ayres
Ione Correa

Reflexivo

283 **A SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA CIDADANIA**

HEALTH CONCEPTIONS UNDER THE PERSPECTIVE OF CITIZENSHIP

LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CIUDADANÍA

Paula Pereira de Figueiredo
Simone Coelho Amestoy
Viviane Marten Milbrath
Marta Regina Cezar-Vaz
Nalú Pereira da Costa Kerber

288 **COORDENAÇÃO DE GRUPOS NA ENFERMAGEM – REFLEXÕES À LUZ DE PICHON-RIVIÈRE**
COORDINATION OF NURSING GROUPS – REFLEXIONS ACCORDING TO PICHON-RIVIÈRE
COORDINACIÓN DE GRUPOS EN ENFERMERÍA – REFLEXIONES A LA LUZ DE PICHON-RIVIÈRE
Adriana Serdotte Freitas Cardoso
Fernanda Barreto Mielke
Caren de Oliveira Riboldi
Narciso Vieira Soares
Agnes Olschowsky
Clarice Maria Dall'Agnol

293 **Relato de Experiência**
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: OUVINDO QUEM PASSOU PELA EXPERIÊNCIA
PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION: LISTENING TO THOSE WHO EXPERIENCED IT
INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA: ESCUCHANDO A QUIEN PASÓ POR LA EXPERIENCIA
Raquel Mori Pires de Camargo
Renata Marques de Oliveira

303 **Normas de Publicação**
305 **Publication Norms**
307 **Normas de Publicácion**

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SUA INTERFACE COM A PESQUISA

Paula Cambraia de Mendonça Vianna[1]
Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben[2]

Ao sermos convidadas para escrever este Editorial, sentimo-nos extremamente gratificadas em trazer para à discussão um tema que tem sobressaído nas discussões e no fazer acadêmico.

Durante muito tempo, convivemos com a ideia de extensão como oposição à pesquisa. Alguns colegas da academia insistiam que as ações de extensão não produziam conhecimento ou que não se voltavam para a investigação de contextos, situações, fatos ou objetos passíveis de apreensão científica.

Hoje, deparamos com um novo cenário em que a concepção de pesquisa científica vai além da produção e sistematização do conhecimento. Ela busca, sobremaneira, criar novas formas de intervenção na realidade com finalidades de produzir, ao mesmo tempo, conhecimento e mudança e possibilitar o diálogo entre o conhecimento acadêmico sistematizado e o conhecimento de senso comum.

A extensão universitária, situada em múltiplos espaços, inaugura uma parceria importante com os processos de produção do conhecimento, extrapolando os laboratórios e gabinetes das universidades. O conhecimento produzido pela universidade circula, interage com a sociedade e se integra num novo processo de produção que envolve novos conhecimentos, novas possibilidades, porque é chamado a reconhecer novas linguagens, novas éticas.

Ao nos referirmos às ações de extensão no interior das universidades, falamos de um trabalho de formação universitária em que os estudantes envolvidos com temáticas diversas têm a oportunidade de estabelecer vínculos estreitos com a realidade, com as demandas e movimentos sociais, com as necessidades de produção de conhecimento para a conquista de uma vida qualificada no planeta. Nesse sentido, a Extensão Universitária é assumida como um princípio fundamental da formação diferenciada de um estudante universitário.

Tomada como processo essencialmente educativo, a Extensão Universitária alcança não somente ações tidas como especificamente educacionais, como se constitui como um princípio educativo diante das demais áreas de sua atuação, a dizer, saúde, meio ambiente, tecnologia, direitos humanos, trabalho, comunicação e cultura, favorecendo a criação de propostas interdisciplinares propícias à experimentação metodológica e fontes de identificação de problemas emergentes para estudo e pesquisa. Faz-se, nesse processo, o princípio fundamental da atividade universitária, que é a indissociabilidade da extensão com o ensino e a produção do conhecimento acadêmico. Em processos de "mão dupla", como se costuma dizer no interior da comunidade universitária, a sociedade se beneficia não apenas das possibilidades de acesso aos saberes sistematizados de cunho científico, como também se envolve em processos metodológicos de apropriação e produção de saberes, gestando formas, também autônomas, em processos próprios de produção de saberes culturais.

A extensão, como educação, constitui ação social transformadora, já que se materializa em atos que não se esgotam em si mesmos, mas projetam-se na direção da transformação social. Ela implica produção de um conhecimento capaz de gerar essas transformações, caracterizando-se, portanto, como educação em processo. São atos que expressam preocupações, necessidades ou vontades individuais e coletivas, voltados para o estado atual da população ou de parte dela. De forma transformadora, representam, portanto, uma das expressões da função social da universidade, que é produzir conhecimentos com relevância social, capazes de induzir transformações de impacto, consideradas necessárias pelos segmentos sociais envolvidos.

Finalizando, podemos afirmar que a extensão universitária constitui o fazer acadêmico mais sensível aos problemas sociais e à interlocução dos diferentes atores da sociedade numa reflexão crítica, configurando uma prática em que a cultura científica e a cultura humanística se interligam e se comunicam com o conhecimento erudito, popular e a tradição. Predominantemente qualitativa, a abordagem metodológica extensionista constrói uma nova epistemologia de investigação científica. A sua disposição para o diálogo entre os saberes e para o exercício da cidadania identifica o seu potencial como o lugar por excelência de oxigenação acadêmica da instituição universitária.

[1] Pró-Reitora Adjunta de Extensão/UFMG
[2] Pró-Reitora de Extensão/UFMG

REME v13 n2.pmd 167 15/1/2010, 16:44

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: VIVÊNCIA DO EDUCANDO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO*

PROFESSIONAL EDUCATION: THE NURSING STUDENT'S EXPERIENCES IN PROVIDING CARE FOR CRITICAL PATIENTS

EDUCACIÓN PROFESIONAL: VIVENCIA DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO AL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO

Renata Silveira Appolinário[1]
Adriana Katia Corrêa[2]

RESUMO

O objetivo com este estudo é compreender a vivência do estudante do curso de habilitação profissional técnico de enfermagem no aprendizado do cuidado aos doentes críticos, no cenário da terapia intensiva (CTI), no contexto do SUS. Fundamentando-se na abordagem fenomenológica, foram realizadas 11 entrevistas com estudantes de uma escola profissionalizante do município de Ribeirão Preto-SP, de julho a outubro de 2006. Foram construídas, de modo articulado, três temáticas: Aproximação do educando ao mundo técnico da terapia intensiva; O emergir da sensibilidade do educando no mundo técnico do CTI; O aprendizado em CTI. É preciso rever o processo formativo, incorporando conhecimentos, habilidades e atitudes voltados para a compreensão do CTI no contexto de saúde atual, do mundo subjetivo e social do doente crítico, das questões existenciais. Para tal, é fundamental transcender o treinamento técnico e construir prática educativa condizente com a formação da pessoa humana.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Credenciamento.

ABSTRACT

The aim of this study is to notice the experiences of students following a nursing technical course while learning to provide care for critical patients in the public intensive care context. Eleven students from a Professionalizing School of Ribeirão Preto – SP were interviewed between July and October 2006. The phenomenological approach technique was used. Three themes were built in an articulated manner: the student's closeness to the technical intensive care world; the student's sensitivity in the technical ICU world; and the process of learning in the ICU. It is necessary to review the education process by incorporating knowledge, abilities and attitudes which allow a better understanding of the ICU in the present health context and in the subjective and social world of the critical patient. With such purpose, it is essential to transcend the technical training and to build an educational practice consistent with the formation of the human person.

Key words: Education Nursing; Intensive Care Units; Credentialing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es comprender la vivencia del estudiante del curso de habilitación profesional técnico de enfermería en el aprendizaje del cuidado de enfermos en estado crítico, en el escenario de los cuidados intensivos (UCI), dentro del contexto del SUS. Basándose en el enfoque fenomenológico, se realizaron once entrevistas con estudiantes de una Escuela Técnica del municipio de Ribeirão Preto – SP, entre julio y octubre de 2006. Se construyeron, de modo articulado, tres temáticas: aproximación del estudiante al mundo técnico de los cuidados intensivos; el despertar de la sensibilidad del estudiante en el mundo técnico de la UCI; el aprendizaje en la UCI. El proceso formativo debe ser reevaluado, incorporando conocimientos, habilidades y actitudes orientados a la comprensión de la UCI dentro del contexto de salud actual, del mundo subjetivo y social del enfermo en estado crítico y de los problemas existenciales. Para ello, es fundamental trascender la capacitación técnica y construir una práctica educativa, en armonía con la formación del ser humano.

Palabras clave: Educación en Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva; Habilitación Profesional.

* Texto elaborado com base na Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada (DEGE) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP) em 2007. Linha de Pesquisa: Educação em Enfermagem.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). E-mail: renata.app@gmail.com.

[2] Enfermeira. Orientadora. Professora Doutora, DEGE, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-SP). E-mail: adricor@eerp.usp.br. Endereço para correspondência: Renata Silveira Appolinário. Rua Augusto Bortolotti, 440, ap. 3. Lagoinha. CEP: 14 095-110, Ribeirão Preto, São Paulo. Tel.(s): (16) 3965 6243; (16) 9209 3203.

REME v13 n2.pmd 169 15/1/2010, 16:44

INTRODUÇÃO

Segundo censo escolar, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), de 2006, a saúde é a área que com maior número de alunos cursando Educação Profissional no Brasil, sendo responsável por 31,5% das matrículas desse segmento, seguida pelos campos de Gestão, Indústria e Informática.[1]

Acompanhando tal crescimento, temos que no campo da saúde, especificamente em enfermagem, o grande contingente de trabalhadores responsável pelo cuidado do usuário é o trabalhador de nível médio e técnico – respectivamente 178.755 auxiliares de enfermagem, 61.166 técnicos de enfermagem para 48.433 enfermeiros no Estado de São Paulo.[2]

A partir da década de 1980, com o movimento da reforma sanitária, que adquiriu impulso e dimensão nacionais, temos a explicitação da percepção da saúde não como contraposição à doença, mas como resultado de uma totalidade da qual é integrante e na qual interferem múltiplas dimensões, incluindo as esferas biológica, histórica e social, simultaneamente.[3]

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tendo como um dos eixos fundamentais a integralidade do cuidado, demanda a atuação de trabalhadores com competência técnica, política, ética e humana, que tenham inserção crítica no contexto de trabalho e compromisso social com a melhoria da qualidade de vida.

A formação de recursos humanos em saúde voltada para a consolidação do SUS implica a responsabilidade de fornecer subsídios teóricos e práticos para que uma pessoa possa atender outro ser humano nas suas necessidades de saúde. O trabalhador deve ser considerado mais do que mão de obra, insumo no sistema de produção, mas, de modo mais abrangente, sujeito desse processo, agente social de mudança.[4]

Um dos cenários de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem é o hospital. No contexto hospitalar, o Centro de Terapia Intensiva (CTI) é uma área destinada ao atendimento de doentes graves, instáveis do ponto de vista hemodinâmico, na qual transcender o modelo de atendimento estritamente biológico mostra-se um grande desafio dada as peculiaridades da prática em terapia intensiva, no que se refere, principalmente, à sujeição extrema do homem doente ao saber e poder da equipe de saúde.

Alguns questionamentos têm emergido nesse contexto: O que os alunos dos cursos técnicos apreendem de suas experiências de aprendizagem do cuidado ao doente crítico no período de aprendizagem profissional no cenário do CTI? Como essas experiências são relatadas? As experiências de ensino-aprendizagem por eles vividas estão próximas ou afastadas da possibilidade de formar trabalhadores para o cuidado integral? Esses trabalhadores em formação estarão apenas reproduzindo o fazer técnico já dado? Terão críticas quanto ao cuidado que ali se desenvolve? Estarão sensibilizados para o cuidado? Como se sentirão como humanos que cuidam de outros humanos nesse cenário de aprendizagem-trabalho?

Esses questionamentos têm como foco a perspectiva de aprender a cuidar do ser humano para além do enfoque técnico, o que é fundamental para a construção do cuidado integral em qualquer unidade de saúde.

A aproximação às experiências dos alunos de cursos técnicos no aprendizado do cuidado de doentes críticos poderá lançar possibilidades de compreensão sobre os questionamentos anteriormente apontados, colocando a própria prática em CTI em questão.

O objetivo com este estudo, assim, é compreender a experiência vivida pelo aluno do curso de habilitação profissional técnico de enfermagem no aprendizado do cuidado aos doentes críticos no cenário da terapia intensiva.

METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, fizemos uma aproximação ao referencial fenomenológico, sendo o argumento fundamental da fenomenologia o de que a ação humana é subjetiva, sendo a objetividade alcançada via intersubjetividade, nas experiências compartilhadas que vão sendo tecidas pelos homens nas suas relações entre si, inseridas em um contexto.

Na pesquisa fenomenológica, não há problema, no sentido positivista, a ser pesquisado, e, sim, "dúvidas" e inquietações do pesquisador sobre algo que interroga quando elas ocorrem.[5,6] Tais dúvidas e inquietações inserem-se na problemática da existência humana, ou seja, dizem respeito aos modos de nos constituirmos humanos uns com os outros, o que implica reflexão sobre o próprio sentido de nossa existência.

Assim, no contexto deste estudo, é delimitado um interrogar: "Como é para o educando (aluno – técnico em enfermagem) cuidar de um doente crítico? Como essa experiência tem se mostrado a ele no aprendizado profissional no cenário do CTI?"

Para a coleta de dados, foram utilizadas a técnica de observação não participativa e a entrevista aberta com uma questão norteadora, ou seja, uma pergunta mais abrangente que procura resgatar as vivências do educando.

De 31 de julho de 2006 a 11 de outubro do mesmo ano, acompanhamos o estágio dos estudantes do Curso de Habilitação Profissional de Técnico de Enfermagem de uma escola pública profissionalizante da área da saúde do município de Ribeirão Preto, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) – Unidade *Campus*. Essa escola dedica-se à formação profissional em saúde desde 1975, contando com a atuação de oito docentes, sendo seis licenciados.[7]

A turma de estudantes era composta de trinta pessoas, que foram subdivididas em seis grupos para a prática

REME v13 n2.pmd 170 15/1/2010, 16:44

em CTI, sendo acompanhados três grupos, cada um com uma média de dez dias de estágio, uma vez que as ações cotidianas observadas e o modo de os estudantes lidarem com elas começaram a se repetir, sendo finalizada a observação. Permanecemos, assim, por cerca de três horas, no período noturno, horário no qual se desenvolviam as situações vividas de modo não participativo, buscando não interferir nas atividades que realizavam sob orientação da docente responsável.

Foram acompanhados 15 alunos, dentre os quais 11 se mostraram disponíveis para participar das entrevistas ao final do período de estágio.

Assim, foram entrevistados estudantes de faixa etária entre 20 e 40 anos. Desses, seis já trabalhavam na área da saúde como auxiliares de enfermagem. Essas entrevistas foram norteadas pela seguinte questão: *Como é para você cuidar de um doente grave nesse momento de sua formação?*

De acordo com a resolução vigente,[7] o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCFMRP/USP (ANEXO 1).

DESCRIÇÃO E COMPREENSÃO DOS DADOS COLETADOS

A compreensão dos dados obtidos foi realizada com base em alguns delineamentos: leitura geral da entrevista, buscando familiarização com o que está sendo exposto, releitura desse material para que fossem elencadas unidades de significação, focalizando o fenômeno pesquisado, e, finalmente, o reagrupamento dessas unidades de significação para que os dados fossem sempre examinados e questionados amplamente de forma a ajudar o pesquisador a manter o foco de atenção o tempo todo, sem se esquecer da multiplicidade de sentidos que podem estar implícitos no material.[8] Além dos dados das entrevistas, nessa mesma direção, foi realizada a compreensão dos dados da observação de campo. Na verdade, as falas dos entrevistados e as situações observadas em campo se articularam todo o tempo, possibilitando uma aproximação ao fenômeno em estudo.

Uma vez reagrupadas as unidades de significação, foram construídas de modo articulado, em perspectiva integradora, três grandes temáticas: ***Aproximação do educando ao mundo técnico da terapia intensiva, O emergir da sensibilidade do educando no mundo técnico do CTI, O aprendizado em CTI.***

Aproximação do educando ao mundo técnico da terapia intensiva

A forma de organização da aprendizagem das atividades práticas em terapia intensiva faz com que os estudantes, divididos em duplas, centrem a atenção na realização de procedimentos técnicos, com poucas possibilidades de compreendê-los como parte do cuidado integral. Para alguns estudantes, são realizadas atividades mecânicas, repetitivas:

> *[...] porque parece que assim você faz as coisas de uma maneira assim mecânica, automática. Porque não tem mais o que fazer, você faz a medicação porque está prescrito; você faz todos os cuidados.* (A.11)

> *Olha, lá* (na escola) *a gente aprendeu teoria, mas aqui, na prática, a gente tá vendo melhor, porque se eu demorar com um paciente, e aqui a gente fica dois* (alunos) *pra um* (paciente), *imagina se eu cair aqui dentro e tiver que cuidar de três de uma vez, eu vou acabar que horas? Uma hora da tarde? E as anotações? E os remédios? [...] Aqui você fica ouvindo e põe em prática o que estão falando. É melhor.* (A. 4)

Essa forma de organizar a atividade do estudante é marcada pela fragmentação do cuidado, sendo muito utilizada em estágios, principalmente no ensino profissionalizante, em vista da pouca oportunidade de desenvolver as atividades pertinentes à função do técnico de enfermagem – por exemplo, a prática de procedimentos invasivos daquele setor hospitalar. Todavia, o aluno sabe que nessa terapia intensiva os procedimentos são realizados por um único profissional que, muitas vezes, é responsável por dois ou três doentes, realizando todos os procedimentos necessários. Os estudantes, assim, acabam desenvolvendo a concepção equivocada de que "realizar todos os procedimentos a um mesmo paciente" seja o cuidado integral.

O supervisor do estágio refere-se ao cuidado não em sua complexidade, mas na realização de procedimentos pontuais que, mesmo do ponto de vista biológico, podem não se integrar, até porque há dificuldade do aluno, ainda sem experiência e agilidade, em cuidar do paciente crítico, tendo em vista o elevado número de procedimentos a serem realizados em curto espaço de tempo.

Cabe destacar, também, que, no contexto da terapia intensiva, o aprendizado do educando de enfermagem não contempla a sua compreensão do CTI como parte de um sistema mais amplo. Portanto, a ideia de que o cuidado integral da pessoa gravemente doente depende de articulações desse setor com os demais níveis de atenção e da ampliação do modo de cuidar em terapia intensiva para além da técnica e dos parâmetros biológicos não é enfocado suficientemente na formação.

O que predomina, e é reproduzido no contexto da educação profissional, é a limitada contextualização da prática em terapia intensiva, bem como a incipiente consideração da afetividade e subjetividade como inerentes ao cuidado.

O programa de aulas teóricas também é ainda muito focado no fazer técnico, incluindo a fisiopatologia de diversas doenças, planta física e estrutura do CTI – características gerais e dimensionamento dos recursos humanos e equipamentos. Entretanto, a inserção do CTI no contexto da saúde atual e a humanização do cuidado são lembradas apenas em conversas informais entre professores e alunos.

REME v13 n2.pmd 171 15/1/2010, 16:44

Nesse contexto "técnico-biológico" faz-se presente uma ambiguidade na aprendizagem do cuidado em terapia intensiva: apesar da grande densidade tecnológica, há a impressão de que é mais fácil o cuidar, o que pode ser observado nos depoimentos dos alunos entrevistados: *É mais fácil cuidar no CTI; O paciente do CTI é mais fácil que o da enfermaria; Prefiro o paciente entubado*. Mesmo em meio às dificuldades na realização de procedimentos, por ser o paciente mais instável e as técnicas altamente invasivas, a pessoa torna-se manipulável aos olhos do profissional, não fazendo exigências ou questionamentos a respeito do seu cuidado:

> *É uma experiência bem diferente, é um paciente que parece ser mais fácil, porque é um paciente que você pode fazer as coisas sem medo. Não porque ele não pode reclamar, porque a gente não vai fazer as coisas de qualquer jeito, mas é mais fácil do que com um paciente que está na enfermaria.* (A. 9)

> *Quando eu vim trabalhar aqui* (no HC)*, tinha a vaga pro TMO e pro CTI, mas imagina, eu tinha medo, assusta [...] eu escolhi o TMO. Se fosse hoje eu escolheria trabalhar lá* (no CTI)*, é mais fácil, tem um monte de aparelhos, mas é mais gostoso.* (A.1)

Isso pode nos levar a acreditar que o uso de aparelhagens sofisticadas e técnicas altamente invasivas, por si sós, são desencadeantes da "desumanização" do cuidado. Para nós, porém, não se trata disso, mas, sim, de considerar que, em essência, a "desumanização" relaciona-se à percepção do outro como objeto, não sendo considerada a sua dignidade humana. Ou seja, há a compreensão de que é mais fácil cuidar, justamente porque o outro se encontra mais submetido às ações dos profissionais, dada a gravidade de sua situação.

O paciente, assim, quando acordado, é fonte de estresse para os alunos, pois é mais questionador e pode, até mesmo, reclamar da demora de um procedimento, não aceitar determinado cuidado. Estando ele sedado ou inconsciente, essa fonte de estresse não existe mais, pois parece haver ali somente um corpo para ser manipulado, ou seja, há significativa redução do homem doente ao corpo biológico.

Se o paciente acordado pode ser fonte de estresse, isso revela quão difícil é para o aluno escutar, dialogar, negociar, habilidades essenciais para o cuidado humano. Lidar com o outro como sujeito implica aprender outros modo de relacionar-se e, sobretudo, compreender a pessoa gravemente doente. De qualquer modo, essa dificuldade em estabelecer o contato humano não é tão claramente pontuado pelo aluno como o é o medo da técnica.

É preciso considerar que tal medo é legítimo, o aprendizado técnico também é difícil e há sérias implicações. A questão a ser colocada é: como aprender a ser um excelente técnico, o que também é imprescindível ao cuidar do doente grave, sem que a técnica seja o único recurso para o cuidar?

De modo geral, predomina o cuidar do ser humano como vida biológica, sendo a competência técnica muito valorizada. No contexto da terapia intensiva, recuperar a saúde tem o significado de recuperar a vida, e isso dá ao trabalho do profissional um cunho de importância, pois mostra o quanto a técnica em si mesma é valorizada nesse contexto e reproduzida na formação dos técnicos de enfermagem:

> *Bom, foi uma experiência boa, porque eu não tenho experiência de trabalho nenhum, nunca trabalhei, assim, há uma semana, quer dizer, 20 dias atrás, eu deixei de ser contratada por falta de experiência em CTI, então [...] foi bom.* (A. 6)

> *Depois que você trabalha aqui, pode trabalhar em qualquer lugar.* (A.5)

> *Eu sei que aprendi bastante, assim, pra que serve e que cuidados eu tenho que ter com o ventilador, o que faz essa medicação, o que uma patologia faz com uma pessoa [...]. Apesar de já trabalhar como auxiliar, eu não entro em contato com isto, e é um cuidado que se você não passar por isto, você não sabe qual atitude certa tomar numa situação dessas [...].* (A.7)

Ao mesmo tempo em que parece existir a ideia de que o domínio técnico garantirá a atuação profissional em qualquer espaço do trabalho, a técnica amedronta o educando, e sua preocupação em aprender todos os procedimentos também pode ser vista como um modo de preocupar-se com o outro. Não querer ferir ou prejudicar outrem é importante para o cuidado integral e para a busca da qualidade do atendimento, porém essa dimensão precisa ser reconhecida e mais profundamente discutida com o aluno:

> *É tudo mais complicado. Você tem que ter uma atenção dobrada, o paciente pode parar de uma hora pra outra, por causa de um simples errinho, de uma falta de atenção de segundos de gente, né? Tem que dar todas as medicações no horário certo, na dose certa, então é complexo, é complicado*. (A.11)

Esse contexto de formação focada na execução técnica está em dissonância com a própria legislação atual:

> Área profissional da saúde que compreende as ações integradas de proteção e prevenção, educação, recuperação e reabilitação referentes às necessidades individuais e coletivas, visando à promoção da saúde, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar. A atenção e a assistência à saúde abrangem todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica – e são desenvolvidas por meio de atividades diversificadas.[9]

Entre as competências profissionais gerais do técnico da área da saúde tal resolução dispõe: "identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-

REME v13 n2.pmd 172 15/1/2010, 16:44

doença, e planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade".[9]

Isso revela a necessidade de repensar a formação de técnicos de enfermagem, o que também supõe, no contexto deste estudo, transformações no cuidar cotidiano em CTI.

É necessário transformar a relação com a pessoa doente, o que implica conceber o profissional de saúde como agente que pode envolver-se com sua prática, não como tarefas parcelares a serem cumpridas, mas "como um fazer essencial que se integra no atendimento ao cidadão, exigindo, além da competência técnica, capacidade crítica, criatividade, sensibilidade e compromisso".[10]

A prática tecnicista do ensino profissionalizante, porém, é entendida como forma de aprendizado em detrimento das relações humanas e desenvolvimento da visão crítica e do compromisso social, o que pode levar à alienação do futuro profissional da área da saúde.

Outra faceta que se revela, pela fala dos estudantes deste estudo, é a que considera o processo de formação prática em CTI como uma repetição dos "cuidados" aprendidos anteriormente, no curso de auxiliar de enfermagem:

> *Eu já tinha tido contato com paciente no auxiliar de enfermagem, tô achando a mesma coisa, não tô vendo nada de diferente [...]. Tá sendo a mesma coisa* (A. 3)

Se o aluno não percebe quaisquer modificações em seu curso atual – técnico de enfermagem – quando o compara com o da formação de auxiliar de enfermagem, estará sendo desenvolvida que possibilidade de formação? Desenvolver consciência crítico-reflexiva e não apenas reproduzir a prática cotidiana supõe outros modos de aprender, seja no cenário da sala de aula, seja no do serviço de saúde. Além disso, formar para a perspectiva de cuidado integral também exige mudanças curriculares e na prática pedagógica do educador.

O emergir da sensibilidade do educando no mundo técnico do CTI

O educando, mesmo preocupado com a execução da técnica de forma o mais próxima do que foi apresentado em teoria e, às vezes, mostrando-se tão seguro da ação que deverá executar, volta também seu olhar para situações que mostram sua fragilidade como ser humano.

> *A gente aprende assim, que quando a gente reclama da vida [...], que ah! Tô com aquela dor!, mas quando a gente vê os pacientes daqui, como eles são, nós não temos dor, né?* (A.4)

Todavia, na maior parte das entrevistas, o sentimento pelo outro se restringe à expressão de pena ou de "dó", ou a associar à condição de doente grave um ente querido, uma pessoa próxima ou a si mesmo. A empatia é ainda muito confundida pelos alunos, principalmente em situações nas quais deparam com a finitude humana:

> *Eu sinto dó do paciente, eu sinto pena, porque você tá ali vendo o paciente sofrer e não pode fazer nada por ele. Assim você faz a sua parte, mas você sabe que eu não tenho o poder de salvar a vida da pessoa, mas eu tenho muita pena, eu vejo os outros falarem, eu me ponho no lugar ou penso que pode ser um parente meu, mas eu penso diferente... se fosse um parente eu não ia gostar de ver sofrendo daquele jeito [...].* (A.6)

Discutir o significado de sentir pena do outro torna-se importante. Até que ponto a comiseração permite que se reconheça o outro como pessoa humana que tem vida própria, que constrói sua existência? Do mesmo modo, esta ideia comum de que fazer "de conta" que o outro é "parente, conhecido, eu mesmo" apenas mostra a dificuldade em reconhecer e respeitar o outro como ele mesmo, muitas vezes, diferente de mim, mas com direito de ser bem cuidado.

Obviamente, o exercício de colocar-se no lugar do outro é fundamental, mas exige que se parta dos valores e concepções do outro, que o tornam singular.

Apesar disso, não dá para negar que alguns alunos permitem que lhes venha à tona a dimensão humana. Algumas vezes, fora do cotidiano hospitalar, eles se lembram dos doentes de que cuidaram, querem saber o que aconteceu com eles, se morreram ou foram para o quarto, e passam a questionar os alunos de outros grupos. Isso revela que a dor do outro, de algum modo, tocou-os e se sentem compromissados com o cuidado.

Há o reconhecimento da condição humana quando o aluno e o supervisor de estágio conseguem perceber o paciente em seu contexto de vida subjetivo e social, o que nem sempre é valorizado no trabalho hospitalar, principalmente no contexto da terapia intensiva.

Esse sentimento de deixar-se tocar pelo outro precisa ser discutido, refletido e compreendido com base em referenciais que possibilitem que se extrapole o senso comum – "da pena", "do cuidar bem, pois podia ser um parente" – para sustentar-se em valores e concepções que mostrem o homem em sua dignidade como premissa fundamental.

Em alguns períodos da aprendizagem em terapia intensiva, ao término da passagem por esse cenário, os alunos falavam claramente sobre seus sentimentos em grupo, porém isso se dava apenas no último dia, no chamado momento de avaliação, constituindo-se importante pausa para reflexão. Esse momento poderia ser realizado mais vezes como processo formativo. Há dificuldade em desenvolver outro olhar que abarque obviamente a técnica, a dimensão biológica, a agilidade, incorporando a presença da pessoa humana em um contexto subjetivo e social, ou seja, em sua singularidade. E esse "outro olhar" parece estranho no mundo do CTI.

REME v13 n2.pmd 173 15/1/2010, 16:44

Essa estratégia não é tomada como reflexão na formação dos técnicos de enfermagem. Ao contrário, é reproduzida a prática tecnicista, desvinculada de uma perspectiva integral do cuidado. Isso se mostra até mesmo na incipiente atenção dada a temas como a subjetividade, a dor, a morte, a família, dentre outros, no desenvolvimento dos conteúdos do universo técnico.

O professor consegue coerência consigo mesmo e com o processo de ensino-aprendizagem quando, ao abordar esses temas excluídos da estrutura curricular, se desfaz de "jargões", frases feitas, elaboradas e destituídas de sentido, procurando compreender o aluno em sua situação vivida, como único, abrindo espaço para um diálogo mais amplo. Essa é uma das atitudes que, talvez, possa aproximar o ensino profissional em saúde da perspectiva humana.

As experiências pessoais fazem parte do aprender humano, devendo ser aproveitadas durante todo o processo ensino-aprendizagem, mas na prática cotidiana em CTI torna-se esquecida.

Enquanto o homem a ser cuidado é aprisionado à presença doente, o aluno também o é como agente da técnica, em favor do controle da vida biológica, o que é fundamental, porém insuficiente ao existir humano. Nesse contexto de formação, a possibilidade emerge de forma muito concreta, porém ela quase sempre é tomada apenas como o "elemento" a ser vencido, como algo reconhecido, porém considerado de modo predominantemente técnico, e não existencial.

> *Você não sabe se a pessoa vai estar viva, se ela vai te ouvir, não sabe se aquela pessoa vai morrer você tenta fazer os cuidados pensando sempre em fazer o melhor.* (A. 7)

> *É triste, também morre, igual o paciente que a gente cuidou que eu fiquei sabendo que já morreu, que não tinha mesmo prognóstico.* (A. 2)

A formação do profissional da área da saúde tende a levar o indivíduo a enfocar a morte, no espaço hospitalar, como algo comum, esperado, sendo visto por uma perspectiva extremamente técnica. O aluno tende a se acostumar com a possibilidade da morte do outro de modo impessoal.[11]

Aproximar-se da possibilidade do morrer como dimensão existencial do próprio educando seria uma importante estratégia para transformar o olhar para o mundo humano e o cuidado em terapia intensiva.

Apesar de algumas iniciativas de escolas de saúde em procurar possibilitar algum preparo aos seus alunos com vista a lidar com a morte e o morrer, esses esforços têm sido insuficientes e as instituições de saúde mostram-se poucos sensíveis a tais iniciativas.

Todavia, de modo geral, sentimentos dos estudantes são considerados estranhos ao processo ensino-aprendizagem, denotando, muitas vezes, "falta de controle" para a execução correta do trabalho cotidiano. Sem dúvida, isso vem se modificando ao longo do tempo, mas ainda se mantém de modo geral no ensino em enfermagem.

Há, pois, estreita relação entre o modo de organizar o trabalho em terapia intensiva, fundamentado no modo de ser/cuidar técnico e a formação ancorada em modelos tradicionais de ensino que dão ênfase aos saberes cognitivos e instrumentais, valorizando pouco o próprio aluno e o professor em sua integralidade, incorporando, portanto, valores e sentimentos ao processo de construção do conhecimento.

O aprendizado em CTI

Ao adentrar pela primeira vez nesse campo de atendimento hospitalar, o aluno sente-se incomodado com o sofrimento do outro, com a presença constante da morte, enfim, com a fragilidade do viver humano, denotando estranhamento com aquele cenário. Compartilhamos esses sentimentos em nossas primeiras experiências como enfermeiras em um CTI. Aos poucos, o estranhamento vai se transformando em adaptação, o que é apreendido nos seguintes discursos: *Você se acostuma, faz parte do serviço, você não pode misturar seu trabalho com sua vida*, ou: *Você não pode se envolver.*

São significativas as falas que mostram o movimento vivido pelo aluno do estranhamento à adaptação ao CTI:

> *O primeiro dia que a gente entrou eu olhava e pensava, 'Meu Deus o que é isto, não vou dar conta disso'. Depois a gente acostuma você vê que não é tão difícil, assusta, mas, assim, amei, adorei foi muito proveitoso (A. 1)*

> *No começo, primeiro momento parece complicado, parece complicado, parece que a gente pensa que não vai dar conta, mas a gente vai pegando o ritmo vê que não é nada daquilo, aquele terror.* (A. 3)

> *Assusta, assusta! Mas depois você se acostuma, se adapta e dá pra ir tranquilo, muito lucrativo, muito, a gente cresce muito mesmo.* (A.1)

Como já comentado, esses sentimentos de estranheza acabam sendo reprimidos. Além disso, a autoafirmação de que é possível trabalhar naquele setor, apesar da sua grande densidade tecnológica, podendo ser visto como um bom profissional de enfermagem faz com que o aluno considere o mundo do CTI como algo "natural", que exige certa neutralidade, o que é apreendido pelos discursos acima.

Há, talvez, um interessante movimento: no início da inserção no CTI, os sentimentos dos alunos são muito próximos dos sentimentos dos pacientes e familiares. É claro que a estranheza inicial do profissional tem de se dissipar, em parte, para que ele consiga trabalhar de maneira adequada em terapia intensiva. O que pode trazer implicações para o cuidar, porém, é a simples adaptação, que pode retirar "por completo" a estranheza, no sentido

REME v13 n2.pmd 174 15/1/2010, 16:44

de fazer com que o aluno deixe de indignar-se com o que é invasivo, estranho e agressivo ao homem.

Além disso, a perda da estranheza, da indignação, afasta esse aluno do exercício da crítica e da sensibilidade, centrando-o no fazer técnico. Essa busca pela adaptação é também incentivada pelo professor que, de certo modo, também precisa dela para dar conta de ensinar o cuidado em terapia intensiva.

Esse aprendizado centrado no fazer técnico impede o aluno até mesmo de perceber que o mundo humano é sempre o mundo das relações. Nesse sentido, tem-se como prioritário que o aluno dê conta das tarefas do plantão, relacionando-se apenas com o colega (dupla) e com a supervisora de estágio, com poucas oportunidades para relacionar-se com os demais envolvidos no CTI. Isso mostra limites consideráveis: Como construir um cuidado integral, sem exercitar a prática do trabalho em equipe?

Em decorrência de sua inexperiência técnico-científica, o período curto de estágio e as poucas oportunidades para reflexão, o aluno tenderá a imitar comportamentos e atitudes de profissionais mais experientes, quando da sua inserção profissional em terapia intensiva, buscando, assim, vencer a estranheza e a insegurança e adquirindo capacidade de controle sobre a prática profissional.

Assim, de modo similar ao "treinamento" do profissional recém-admitido, a formação do aluno em CTI é uma estratégia que pode moldar comportamentos e atitudes. A lógica ensino-aprendizagem é bastante tradicional, sendo constituída pela devolução de técnicas. O aluno passa a ser avaliado como executor de tarefas, sendo o caderno individual de procedimentos um instrumento valorizado. Assim, há poucas perspectivas de se investir em uma prática criativa, sensível e ampliada para além do cunho técnico.[12]

Predomina, assim, a perspectiva funcionalista que concebe a educação como forma de adaptar o outro ao serviço, valorizando a reprodução do fazer tecnicista em contraposição à valorização do ser humano como agente de transformação.

CONCLUSÃO

Pelo que foi exposto, cabem reflexões quanto às implicações da passagem pelo CTI desses alunos, educandos do curso de formação profissionalizante em enfermagem.

Há estreita relação entre o modo comum de organizar o trabalho em terapia intensiva, fundamentado no modo de ser/cuidar técnico, e a formação ancorada em modelos tradicionais de ensino que dão ênfase aos saberes cognitivos e instrumentais, pouco valorizando o próprio aluno e professor em sua integralidade.

Em período tão curto de experiência em CTI, com um modelo de formação reprodutor da prática tecnicista e biologicista, o aluno poderá ter lacunas na sua formação para assumir o papel de agente de mudanças no cotidiano do trabalho em terapia intensiva, quando de sua inserção profissional.

Assim, a formação profissional permanece alicerçada em concepções fragmentadas e tecnicistas sobre o homem, com predomínio de modelos de ensino tradicionais que desarticulam o sentir e o agir, inviabilizando a formação de profissionais críticos e humanos.[13]

E justamente a formação crítica e humana é atualmente apontada nas Diretrizes Curriculares Nacionais[14] (DCN) desses sujeitos na construção da integralidade no contexto do SUS, para os cursos técnicos em saúde, considerando sua importância. Ou seja, urge refletirmos sobre as implicações de simplesmente reproduzirmos o cuidado técnico-biológico e descontextualizado na terapia intensiva, no processo de formação do técnico de enfermagem, não investindo na possibilidade de, via ensino, tomar a prática em CTI como questão a ser discutida, apontando seus limites quando a intenção é a construção do cuidado integral.

É necessário adaptar o aluno à terapia intensiva ou construir a educação como fenômeno que se processa entre os homens, envolvendo sempre a possibilidade da ação transformadora.

Ao considerar a educação um fenômeno, começamos a reconhecer que se trata de uma experiência profundamente humana. De acordo com Rezende,[15] todos os homens se educam e somente eles o fazem. Para a fenomenologia, o homem não aprende somente com sua inteligência, mas com sua sensibilidade e imaginação.

Não se trata simplesmente de decidir se devemos ou não inserir atividades em terapia intensiva, mas refletir sobre as finalidades dessa inserção no ensino técnico em enfermagem, não perdendo de vista a possibilidade de considerar a prática de ensino como potencializadora de transformações no cuidar. Para tal, é necessário que sejam redimensionados os modelos curriculares, as metodologias de ensino, bem como a formação docente.

REME v13 n2.pmd 175 15/1/2010, 16:44

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. RET-SUS. [Acesso em 2007 mar 10]. Disponível em: www.retsus.epsjv.fiocruz.br/.

2. Conselho Regional de Enfermagem – SP. [Acesso em 2007 nov 10]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005.

3. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2004 maio/ago; 8(15):375-80.

4. Góes HLF. Contribuição dos exames de suplência profissionalizante na formação dos atendentes de enfermagem em Maringá-PR. [dissertação]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

5. Martins J, Boemer MR, Ferraz CA. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. Rev Esc Enferm USP. 1990; 24(1):139-47.

6. Bicudo MAV, Espósito VHC. Pesquisa qualitativa em educação – um enfoque fenomenológico. Piracicaba, SP: UNIMEP; 1994.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos; 1996.

8. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 2ª. ed. São Paulo: Moraes; 1989.

9. Brasil. Conselho Nacional da Educação. Resolução CNE/CEB nº 4 de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de dezembro de 1999.

10. Boemer MR, Corrêa AK. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: Branco RFGR. A relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

11. Hayashi AAM, Gisi ML. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. Texto Contexto Enferm. 2000; 9(2):824-37.

12. Corrêa AK. Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva. Em busca da existência humana. [Tese]; Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000. 212p.

13. Martins J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis. São Paulo: Cortez; 1992.

14. Brasil. Conselho Nacional da Educação. Parecer CNE/CEB nº 16 de 26 de novembro de 1999. Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de dezembro de 1999.

15. Rezende AM. Concepção fenomenológica da educação. São Paulo: Cortez; 1990.

Data de submissão: 1/12/2008
Data de aprovação: 17/7/2009

REME v13 n2.pmd 176 15/1/2010, 16:44

REGIME TERAPÊUTICO INADEQUADO EM IDOSOS ACAMADOS NO DOMÍCILIO

INADEQUATE THERAPEUTIC REGIMEN AMONG BEDRIDDEN ELDERLY PATIENTS

REGIMEN TERAPÉUTICO INADECUADO EN ANCIANOS POSTRADOS EN EL DOMICILIO

Diana Nascimento e Santos[1]
Suéli Nolêto Silva Sousa[2]
Dâmaris Rebeca Soares da Silva[2]
Jaqueline Carvalho e Silva[3]
Maria do Livramento Fortes Figueiredo[4]

RESUMO

Este estudo trata-se de um recorte em um banco de dados de pesquisa realizada sobre os diagnósticos de enfermagem em idosos acamados no domicílio, no bairro Satélite, Teresina-PI, no período de setembro a dezembro de 2007, que evidenciou o Regime Terapêutico Inadequado como o diagnóstico de maior ocorrência, atingindo 98% dos sujeitos. Com base nessa problemática, buscou-se levantar, na produção científica, os principais erros que determinam o uso inadequado de medicamentos, suas consequências para saúde e qualidade de vida dos idosos e as ações de enfermagem que visem solucionar e/ou minimizar essa problemática. Na análise e discussão dos dados, identificou-se que o elevado número de medicamentos e doses utilizados pelos idosos revela-se um risco à saúde e à qualidade de vida, podendo gerar reações indesejadas relacionadas à complexidade do regime terapêutico. Outro achado relevante trata-se da necessidade de implementação de uma assistência de enfermagem sistematizada e individualizada.

Palavras-chave: Terapêutica; Saúde do Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

This is a research study that aims to assess the most frequent nursing diagnosis among bedridden elderly patients who live in the neighbourhood of Satélite, city of Teresina, Piauí. Data were obtained from a database in the period of September - December, 2007. The most frequent diagnosis was 'inadequate therapeutic regimen', which was seen in 98% of the patients. Considering this problem, we made a survey of the scientific literature in order to identify the main mistakes that lead to inadequate use of drug, its consequences to elderly patients in terms of health and life quality, and the nursing actions to minimize this problem. Data analysis showed that the numerous drugs and doses represent a risk to the patient's lives, leading to possible adverse reactions. Another relevant question concerns the implementation of a systematic and individualized nursing care.

Key words: Therapeutics; Health of the Elderly; Nursing.

RESUMEN

El presente estudio es un recorte de un banco de datos de una investigación realizada sobre Diagnósticos de Enfermería en ancianos postrados en su domicilio en el Barrio Satélite, Teresina –PI, entre septiembre y diciembre de 2007. El diagnóstico de mayor incidencia en el grupo investigado fue Régimen Terapéutico Inadecuado afectando el 98% de los sujetos. A partir de dicho problema se buscó rever en la producción científica los principales errores que determinaban el uso inadecuado de medicinas, sus consecuencias para la salud y calidad de vida de los ancianos y las acciones de enfermería que buscaban resolver y/o minimizar este problema. En el análisis y discusión de los datos se identificó que el elevado número de medicinas y dosis usadas por los ancianos es un riesgo a la salud y a la calidad de vida y que también puede provocar reacciones indeseables relacionadas con la complejidad del régimen terapéutico. Otro hallazgo importante es la necesidad de implementar cuidados de enfermería sistematizados y personalizados.

Palabras clave: Terapéutica; Salud del Anciano; Enfermería.

[1] Graduanda do 3º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina-PI, Brasil.
[2] Graduanda do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina-PI, Brasil.
[3] Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira da ESF de Teresina), Teresina-PI, Brasil.
[4] Doutora, Professora e Pesquisadora da Universidade Federal do Piauí. Docente do Departamento de Enfermagem da UFPI da Graduação e da Pós-Graduação no Programa de Mestrado em Enfermagem. Coordenadora de Apoio e Assessoramento Pedagógico da Pró-Reitoria de Graduação e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero (NEPEM/UFPI). Pesquisadora responsável pelo estudo.
Endereço para correspondência: Rua Rio Grande do Sul nº 130 – Ed. Salvador Dali, Apto. 402, Bairro Ilhotas, Teresina-Piauí, CEP: 64001-550. Telefones: 0(xx)86 3215-5555(Trabalho), 3215-5940 (NEPEM/UFPI). E-mails: liff@ufpi.br ou livramentofigueiredo@bol.com.br

REME v13 n2.pmd 177 15/1/2010, 16:44

INTRODUÇÃO

As transformações demográficas ocorridas nos últimos anos mostram uma tendência do envelhecimento da população brasileira. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas de 60 anos ou mais aumentou em mais de 5 milhões entre 1995 e 2005, sendo que essa população pode chegar em 34,3 milhões em 2050. Na distribuição por sexo, as mulheres representam a maioria nesse grupo, numa razão de 78,6 homens para cada 100 mulheres, seguindo, assim, uma tendência mundial.[1]

O Brasil, atualmente, apresenta um contingente de quase 17 milhões de pessoas idosas, o que corresponde a 9,6% da população do País. No Piauí, existem 289.210 pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 9,9% da população do Estado, segundo o IBGE.[2] Diante desse cenário, o Brasil começa a ser considerado um país de idosos, num movimento inverso de sua pirâmide etária.

Dessa forma, o envelhecimento pode ser entendido como um processo biológico, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma decorrer em nenhum problema Doenças, acidentes e estresse, porém, podem levar a uma condição patológica que requeira assistência sistematizada. As alterações ocorridas durante o envelhecimento são fisiológicas, porém o acúmulo delas pode levar à limitação na capacidade do idoso em desempenhar as atividades básicas da vida diária.[3,4]

Desse modo, a população idosa apresenta distúrbios fisiológicos e patológicos que implicam crescente dependência. Do ponto de vista teórico, tal fato demanda aprofundamento de conceitos, tais como níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social.[5]

Envelhecer com saúde, portanto, depende não somente de fatores genético-biológicos, mas, em parte, do contexto social, de cujos fatores não se tem controle. Como exemplo, temos as doenças típicas da velhice, da pobreza, do pouco acesso aos serviços preventivos da saúde. Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais da saúde assumam o compromisso de oferecer à população idosa uma atenção em saúde que priorize aspectos para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, ao mesmo tempo em que planeje meios para prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas.[6]

Estudos epidemiológicos têm mostrado que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudável são importantes determinantes do envelhecimento saudável.[7]

No Piauí e na capital Teresina, esses dados se confirmam, visto que a população idosa é crescente e enfrenta vários problemas socioeconômicos que lhe afetam a saúde e a qualidade de vida, necessitando, assim, de uma assistência diferenciada e de qualidade. Em Teresina, a atenção primária à saúde vem sendo desenvolvida pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que cobre mais de 90% da população.

De acordo com pesquisa realizada,[8] foram levantados vários diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções em uma amostra de 50 idosos cadastrados em ESFs da cidade de Teresina, porém, dentre eles, o que mais se destacou foi o diagnóstico de enfermagem "controle inadequado do regime terapêutico relacionado com a complexidade e aos efeitos colaterais", sendo identificado em 98% dos idosos acamados. Os diagnósticos foram elaborados levando em consideração a Taxonomia de NANDA, que define diagnósticos de enfermagem (DE) como

> um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais, proporcionando base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável.[9: 271]

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma necessidade verificada mundialmente, com vista à uniformização da comunicação entre os profissionais e a melhoria da qualidade da assistência oferecida, possibilitando facilitar, viabilizar e prestar de forma mais adequada o cuidado aos clientes idosos.[10]

À luz desse contexto e partindo da constatação dos números relevantes deste estudo,[8] chamou-nos a atenção a elevada ocorrência do diagnóstico de enfermagem de Regime Terapêutico Inadequado no grupo de idosos pesquisado estando presente em 98% dos sujeitos do estudo. Isso nos instigou a aprofundar a investigação, levantando as bases desse fenômeno na produção científica temática, principalmente na área de enfermagem.

Diante dessa constatação e em decorrência das consequências dos inúmeros perigos ocasionados pelo uso incorreto das medicações, como os efeitos colaterais indesejados e a complexidade do regime terapêutico (dose, tipo de medicamento e intervalo entre eles) que dificultam o entendimento do idoso e favorecem essa prática inadequada, evidencia-se a importância da realização deste estudo, para melhor conhecer os determinantes do fenômeno, bem como as estratégias de solução a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, especialmente pela enfermagem.

Dessa forma, focalizou-se como objeto de estudo discutir, aprofundar e compreender melhor esse fenômeno que se mostrou relevante e de elevada ocorrência, qual seja, o Regime Terapêutico Inadequado em idosos acamados no domicílio, considerando as graves consequências, complicações e agravamentos do estado de saúde desses idosos em decorrência do uso inadequado de medicamentos e, ainda, a necessidade de identificar condutas e ações

REME v13 n2.pmd 178 15/1/2010, 16:44

profissionais na atenção básica, capazes de solucionar ou, pelo menos, minimizar essa problemática.

Após essa reflexão e diante da realidade apontada pela elevada ocorrência do diagnóstico de enfermagem no grupo de idosos estudado, foram formuladas as seguintes questões norteadoras:

1. Quais os principais erros apontados pela produção científica que determinam à inadequação do regime terapêutico de idosos acamados no domicílio?
2. Quais as condutas de enfermagem que devem ser adotadas com vista a solucionar ou minimizar os efeitos negativos do Regime Terapêutico Inadequado de idosos no domicílio?

Na perspectiva de responder a tais questionamentos investigativos, foram elaborados os seguintes objetivos:

1. levantar os principais erros apontados pela produção científica em enfermagem que determinam a inadequação do regime terapêutico de idosos acamados no domicílio;
2. descrever as condutas de enfermagem indicadas para garantir um eficiente regime terapêutico para idosos acamados no domicílio.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Satélite é um dos bairros periféricos e de baixa renda de Teresina-PI que dispõe dos seguintes equipamentos urbanos: hospital, maternidade, postos de saúde, escolas, creches, biblioteca, mercado público, comércios variados, praças e igrejas. A Unidade Integrada de Saúde Dr. Luis Milton de Arêa Leão, popularmente conhecida como Hospital do Satélite, pertence à rede municipal, conta com três Equipes de Estratégia Saúde da Família, 101, 102 e 103, nas quais estão cadastradas 2.389 famílias, destacando-se 703 pessoas com 60 anos ou mais, das quais 50 encontram-se na condição de acamadas no domicílio.

Portanto, os sujeitos selecionados foram os 50 idosos acamados no domicílio, que caracterizam pessoas que necessitam de cuidados especiais para minimizar as complicações das patologias associadas, diminuir o grau de dependência e estimular o autocuidado, com vista à autonomia e à melhoria da qualidade de vida.

Dessa forma, este estudo teve como ponto de partida uma pesquisa de campo sobre os diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio, financiada pelo programa *Pesquisador 2007*, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), realizada no período de setembro a dezembro de 2007, na qual se produziu um banco de dados com oito diagnósticos de maior ocorrência. Destacou-se dentre eles o Regime Terapêutico Inadequado, por meio do qual se fez um recorte com o objetivo de levantar, na produção científica sobre essa temática, os principais erros que determinam essa inadequação terapêutica, bem como suas consequências para a saúde e a qualidade de vida dos idosos atingidos por esse fenômeno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro de distribuição dos sujeitos por sexo apontou um perfil característico do fenômeno da feminização da velhice, considerando que, dos 50 idosos acamados, 35 eram do sexo feminino, enquanto 15 eram do sexo masculino, reproduzindo-se, nesse aspecto, o que as estatísticas já identificaram: o maior número de mulheres na terceira idade. É cada vez maior a supremacia feminina quanto mais avançada é a idade.[1] Isso pode ser identificado na tabela abaixo.

TABELA 1 – Distribuição dos idosos acamados no domicílio, segundo a faixa etária e o sexo. Bairro Satélite – Teresina-PI, 2007

Sexo /	Feminino		Masculino		Total	
Faixa etária (anos)	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 a 79 anos	20	40,00	07	14,00	27	54,00
80 a 100 anos	15	30,00	08	16,00	23	46,00
TOTAL	35	70,00	15	30,00	50	100,00

Fonte: Pesquisa direta

De acordo com a pesquisa original,[8] foram levantados oito diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções, destacando-se o de maior ocorrência, o que corresponde a 98% dos sujeitos, qual seja, controle inadequado do regime terapêutico, relacionado com a complexidade e com os efeitos colaterais.

Dada a elevada ocorrência do fenômeno, julgamos de extrema importância aprofundar o foco investigativo sobre o Regime Terapêutico Inadequado, considerando que tanto a doença quanto o uso dos medicamentos estão presentes na vida e no cotidiano das pessoas idosas e que as alternativas para gerenciar essa situação são muito particulares, dependendo do grau de entendimento do idoso e da família, dentre outros fatores.

Nesse sentido, foi levantado outro dado relacionado a esse fenômeno que, certamente, tem influência na ocorrência de erros e/ou negligência da terapêutica medicamentosa, qual seja: a elevada prevalência de déficits cognitivos e motores em decorrência do grande percentual dos sujeitos investigados – 34% dos idosos eram portadores de patologias crônicas tais como o acidente vascular cerebral (AVC), que normalmente resulta em um quadro de morbidade e sequelas redutoras das capacidades sensoriais e motoras. Associam-se às variáveis levantadas sobre essa problemática a precariedade das condições socioeconômicas nesses quadros de carências nos quais se evidenciam que a maioria dos idosos tem baixa escolaridade e inúmeros desses sujeitos investigados ficam sozinhos boa parte do dia. Todos esses problemas se inter-relacionam e potencializam as possibilidades de erros e de consequências maléficas à saúde do idoso.

Outro aspecto também relevante refere-se ao elevado número de medicamentos e doses utilizado, o que se mostra como um risco à saúde, considerando que a administração de medicamentos em qualquer faixa

REME v13 n2.pmd 179 15/1/2010, 16:44

etária pode gerar reações indesejadas, no entanto a incidência dessas reações pode aumentar proporcionalmente com a idade, sendo, portanto, mais grave em idosos.[3]

Dentre os fatores desencadeadores das reações indesejáveis dos medicamentos para idosos destacam-se: a complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos, o longo tempo de tratamento – inclusive alguns medicamentos devem ser usados por toda vida –, o déficit e a dificuldade de assimilação das informações e orientações da prescrição tanto por parte do idoso como de sua família e cuidador. Esses diferentes problemas levantados podem se somar e, assim, potencializar a ocorrência de eventos adversos ou de agravamento do quadro de morbidade, desenvolvendo intercorrências que exigem até internação hospitalar que, logicamente, seria evitada se o regime terapêutico fosse seguido corretamente.

No tocante ao consumo de medicamentos pelos idosos, observa-se que envolve maiores riscos do que a população adulta, pois, com envelhecimento, o organismo dos idosos produz alterações fisiológicas tais como diminuição da massa muscular e água corporal, que interfere na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos.[11] Além do mais, essa problemática é ampliada em decorrência do desconhecimento, por parte da população, principalmente de idosos, sobre os fatores de risco das doenças e suas sequelas, dieta inadequada, excesso de esforço físico diário e o não cumprimento do aprazamento das consultas médicas.[12]

Outro dado importantíssimo e determinante de erros e/ou negligência no regime terapêutico refere-se à ocorrência de polifarmácia, uma vez que 52% dos sujeitos pesquisados utilizavam três e/ou mais medicamentos, com doses, apresentações e horários distintos. Alguns desses medicamentos têm efeitos colaterais que se somam, e outros que são adversos e agravam os déficits sensoriais, cognitivos e motores.

Inúmeras pesquisas sobre esse fenômeno identificaram que os idosos não fazem uso de um medicamento isoladamente, são frequentes as associações, como o uso simultâneo de dois ou mais fármacos, o que dificulta mais ainda a compreensão do idoso e aumenta a possibilidade de erros terapêuticos, porém não se pode generalizar a utilização de vários medicamentos como sinônimo de prescrição inapropriada, pois em muitos casos é necessária e indicada.[8,13] A prescrição de vários medicamentos simultaneamente, denominada "polifarmácia",[3] é uma prática comum entre os idosos e justificada pelos profissionais de saúde, dada a ocorrência de sinais e sintomas de mais de uma doença crônica.

A polifarmácia entre os idosos configura-se mais como uma regra do que uma exceção, visto que, na maioria dos casos, esses idosos fazem uso de vários medicamentos concomitantemente e por conta própria, aumentando, assim, o risco de ocorrer interação medicamentosa.[14] Os desdobramentos adversos da polifarmacoterapia favorecem sinergismos e antagonismos não desejados, possíveis descumprimentos das prescrições dos produtos clinicamente essenciais e gastos excedentes com os de uso supérfluo.[11]

Assim, a complexidade dos esquemas medicamentosos, a falta de entendimento, a negligência de horário, a diminuição da acuidade visual e da destreza manual potencializam a ocorrência de grande quantidade de erros na administração de medicamentos. Além desses, no grupo investigado, soma-se o elevado índice de analfabetismo que, certamente, pode comprometer o entendimento e propiciar a utilização incorreta da medicação.[15]

A interação medicamentosa favorecida, muitas vezes, por essa associação de fármacos é um fator que afeta o resultado terapêutico, mas que pode ser prevenida com reajuste de dose, intervalo de uma a duas horas entre as administrações dos medicamentos e a monitorização cuidadosa da pessoa idosa.[3]

A utilização de mais de um medicamento concomitantemente por estes idosos pode ser visualizada na TAB. 2:

TABELA 2 – Relação da quantidade de medicações associadas por número de idosos acamados no domicílio. Bairro Satélite – Teresina-PI, 2007

Quantidade de medicamentos	Nº de idosos
Usam 01 medicação	04
Usam 02 medicações	18
Usam 03 medicações	10
Usam 04 medicações	09
Usam 05 medicações	04
Usam 06 medicações	02
Usam 07 medicações	01
Não souberam informar a quantidade de medicação	02

Fonte: Pesquisa direta

Em decorrência disso, em determinadas situações, as interações medicamentosas são causas especiais de reações indesejáveis, fazendo com que o uso de medicamentos por idosos tenha uma linha tênue entre risco e benefício, ou seja, a elevada utilização de medicamentos que podem afetar a qualidade de vida do idoso, por outro lado, são esses, que, em sua maioria, ajudam a prolongar a vida. Logo, o problema não pode ser atribuído ao consumo do medicamento, mas, sim, à irracionalidade de seu uso, que expõe o geronto a riscos potenciais, que se tornam mais frequentes quando ocorrem inadequações e erros no regime terapêutico.[16]

Portanto, a utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares são alguns dos elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso para a promoção de um envelhecimento saudável.[3]

REME v13 n2.pmd 180 15/1/2010, 16:44

Diante de situações como essas, evidencia-se a importância do profissional da ESF, destacando-se a atuação da enfermagem, visando unir as prescrições medicamentosas dos especialistas e intensificar o repasse de informações a respeito das medicações tanto ao idoso quanto à sua família/cuidador(a). Essa medida torna-os aptos a compreender e, consequentemente, a obter as vantagens e efeitos desejados pela terapia medicamentosa, promovendo o máximo benefício do efeito terapêutico com o mínimo de drogas e de efeitos adversos.[17]

Nessa perspectiva, a assistência sistematizada da enfermagem permite identificar os problemas dos idosos de maneira individualizada, planejar, executar e avaliar o atendimento a cada situação. A atuação dessa equipe de enfermagem junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no cuidar, tendo como base o conhecimento do processo de senescência, e no retorno da capacidade funcional, com o objetivo de atender às necessidades básicas e manter a qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, a enfermagem busca criar um ambiente que proporcione ao idoso as condições adequadas para a recuperação, enfatizando a educação em saúde e promovendo a prevenção, a manutenção e a reabilitação do seu estado de saúde.[18-20]

O cuidar de enfermagem é uma prática complexa, por isso não pode ser pensada como um ato que envolve somente o domínio de técnicas e tecnologias, mas, sim, como uma ação que abrange a complexidade do lidar com o outro, o ser humano. Para que isso aconteça, é necessário um ambiente de cuidado, no qual prevaleçam o respeito, a confiança, a atenção, o reconhecimento e a aceitação das pessoas com suas limitações e dificuldades, buscando oferecer-lhes apoio e ajuda.[18]

Nesse sentido, é importante que, durante o cuidar e o acompanhamento de pacientes idosos com uso de medicamento, sejam desenvolvidas táticas que orientem e informem sobre o diagnóstico e a terapia utilizada, levando em consideração as mudanças ocasionadas pelo processo de envelhecimento. Tais resultados remetem à necessidade de que os profissionais da saúde devem participar de programas de educação permanente, no sentido de entender a nova demanda da população idosa perante a farmacoterapia.[21]

O acompanhamento do regime terapêutico do paciente idoso torna-se, então, etapa fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos. A abordagem educativa possibilita a ação colaborativa entre os profissionais de enfermagem, favorece o esclarecimento de dúvidas e proporciona maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas.[22]

CONCLUSÃO

Foi extremamente importante recortar no banco de dados do estudo referente aos principais Diagnósticos de Enfermagem de Idosos Acamados no Domicílio aquele que se mostrou com maior ocorrência, o Regime Terapêutico Inadequado – presente em 98% dos sujeitos investigados – no qual se identificou um fenômeno que certamente poderá ter repercussão maléfica na saúde e qualidade de vida dos idosos. Esse diagnóstico ainda se mostrou como um importante ponto de atuação da enfermagem na ESF. Por meio das intervenções de enfermagem na atenção básica, poderão ser prestadas orientações claras e objetivas, com a utilização de estratégias didáticas no nível de compreensão dos idosos, seus familiares e/ou cuidadores, a fim minimizar ou solucionar essa problemática.

Também foi possível compreender que o Regime Terapêutico Inadequado implica erros farmacológicos que expõem a saúde dos idosos a riscos, favorecendo o agravamento das suas condições patológicas anteriores à medicalização de vários fármacos. A esses riscos somam-se negligências e erros ocorridos em virtude do déficit cognitivo dos idosos e da dificuldade de captação das informações relacionadas às prescrições dos medicamentos por parte do idoso, de seus familiares e/ou cuidadores.

A terapia medicamentosa deve ser enfatizada não somente no discurso de seguir corretamente a prescrição, mas na comunicação interativa e acessível entre o profissional e o paciente idoso, abordando o tratamento medicamentoso e levando em conta as condições de escolaridade do idoso, os custos, a presença de cuidador na família, o número de comprimidos por dia, dentre outros.

Portanto, é possível reconhecer que o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deverá ser detentor de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, as doenças associadas e os esquemas terapêuticos frequentemente prescritos para as pessoas idosas e, com base nisso, desenvolver aprimoramentos quanto aos cuidados e às estratégias que contribuam para melhor assistência às pessoas idosas, incluindo nesse cuidado as intervenções adequadas referentes ao uso de medicamentos. Somente assim será possível garantir os efeitos desejáveis, a minimização de sinais e sintomas de doenças crônicas e até a recuperação e a cura de algumas intercorrências ou agravamento de outros quadros mórbidos frequentes na população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2005. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília: MS; 2007.[Citado em 2007 set 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/t

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

REME v13 n2.pmd 181 15/1/2010, 16:44

4. Nunes LM, Portella M. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. Bol Saúde. 2003 jul/dez; 17(2):109-21.

5. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciên Saúde Colet. 2007 mar/abr; 12(2):363-72.

6. Unicovsky MAR. Idoso com sarcopenia: uma abordagem do cuidado da enfermagem. Rev Bras Enferm. 2004 jul/ago; 57(3):298-302.

7. Costa MFL. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol Serv Saúde. 2003; 12(4):189-201.

8. Figueiredo MLF, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva DRS. Diagnósticos de Enfermagem do Idoso Acamado no Domicílio. Rev Bras Enferm. 2008 jul/ago; 61(4):464-9.

9. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Porto Alegre: Artmed; 2002.

10. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. Acta Paul Enferm. 2007 out/dez; 20(4):495-8.

11. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad Saúde Pública. 2003 maio/jun; 19(3):717-24.

12. Lima LR, Pereira SVM, Chianca TCM. Diagnósticos de Enfermagem em paciente pós-cateterismo cardíaco – contribuição de Orem. Rev Bras Enferm. 2006 maio/jun; 59(3):285-90.

13. Novaes MRCG. Atenção Farmacêutica ao Idoso. Prat Hosp**.** 2007 jul/ago; Ano IX (52):85-8.

14. Mari JJ, Razzouk D, Peres MFT, Porto JAD. Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri: Manole; 2005.

15. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2008 Jul; 24(7):1545-55.

16. Andrade MA, Silva VS, Freitas O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. Semina Ciênc Biol Saúde**.** 2004; 25(1):55-63.

17. Blanski CRK, Lenardt MH. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. Rev Gaúcha Enferm. 2005 ago; 26(2):180-8.

18. Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. Rev Bras Enferm. 2008 jul/ago; 61(4): 514-7.

19. Diogo MJD'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev Latinoam Enferm. 2000 jan; 89(1):75-81.

20. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2005 mar; 39(1):53-61.

21. Teixeira JJV, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. Rev Saúde Pública. 2001 abr; 35(2):207-13.

22. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Latinoam Enferm. 2006 maio/jun; 14(3):435-41.

Data de submissão: 7/5/2009
Data de aprovação: 10/10/2009

REME v13 n2.pmd 182 15/1/2010, 16:44

REVISÃO E APLICABILIDADE DE UM SOFTWARE DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO ENSINO DE ENFERMAGEM

REVIEW AND APPLICABILITY OF A SOFTWARE FOR THE SYSTEMATIZATION OF NURSING EDUCATION

REVISIÓN Y APLICABILIDAD DE UN SOFTWARE PARA SISTEMATIZAR LOS CUIDADOS EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Caroline Rodrigues de Andrade[1]
Luiza Ferreira Ribeiro Tadeu[2]
Izabela Rocha Dutra[3]
Andreza Werli Alvarenga[4]
Wilson de Souza Carvalho[5]
Andréa Gazzinelli de Oliveira[6]
Flávia Falci Ercole[7]
Tânia Couto Machado Chianca[8]

RESUMO

O objetivo com este estudo descritivo transversal foi revisar conceitualmente um *software* de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como avaliar sua aplicabilidade no ensino de enfermagem. Fez-se a revisão conceitual dos componentes do *software* SAE SerSaúde após terem sido utilizados por 53 alunos do curso de graduação em enfermagem de dois semestres consecutivos. Foram realizadas intervenções, sendo uma no *software*, com a inclusão de recursos tecnológicos para seu melhoramento, e outra com os alunos para treinamento. O *software* foi avaliado de acordo com critérios como nível de dificuldade no manuseio, fundamentação teórica, necessidade de auxílio para utilização e contribuição deste para a SAE, por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram coletados por meio de estatística descritiva. Os alunos consideraram o *software* adequado para o ensino e apresentaram opinião positiva, considerando-o como um recurso tecnológico que contribui para a implementação da SAE.

Palavras-chave: Validação de Programas de Computador; Processos de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Tecnologia Educacional; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study that aims to review the concepts of a software used for the systematization of nursing assistance and to assess its applicability for the nursing undergraduate education. After one year of use, 53 students from the nursing graduation program performed a conceptual review of the components of the software SAE SerSaúde. The software was evaluated according to criteria such as level of difficulty to handle the framework, necessity of help and assistance to use it. A questionnaire with open and closed questions was applied. Descriptive statistics were used for data analysis. The software was considered good for learning and most part of the students had a positive opinion about it. The objectives were achieved and the software SAE SerSaúde was considered a good technological tool that contributes to the systematization of nursing care.

Key words: Software Validation; Nursing Process; Nursing Records; Educational Technology; Education Nursing.

RESUMEN

Estudio descriptivo transversal con miras a analizar los conceptos incluidos en un software de sistematización de la atención de enfermería (SAE) y evaluar su aplicabilidad en la enseñanza de enfermería. Se efectuó la revisión conceptual de los componentes del software Sae SerSaúde después de haber sido utilizado por 53 alumnos del curso de grado en Enfermería en dos semestres consecutivos. Se realizaron dos intervenciones: una en el software, con inclusión de recursos tecnológicos para mejorarlo y otra con los alumnos para capacitarlos. El software fue evaluado según ciertos criterios, tales como nivel de dificultad para manejarlo, fundamentos teóricos, necesidad de ayuda para usarlo y su contribución a la sistematización de los cuidados de enfermería. Se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas y los datos se analizaron con estadísticas descriptivas. La opinión de los alumnos sobre el software fue positiva, adecuado para la enseñanza y que se trata de un recurso tecnológico que contribuye a la implementación de la SAE.

Palabras clave: Validación de Programas de Computación; Programas Informáticos; Procesos de Enfermería; Registros de Enfermería; Tecnología Educacional; Educación en Enfermería.

[1] Discente do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG). Bolsista de iniciação científica pelo CNPq.
[2] Discente do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG). Bolsista de iniciação científica pela FAPEMIG.
[3] Enfermeira. Professora Substituta e Mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG.
[4] Enfermeira assistencial no CTI do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG.
[5] Enfermeiro. Administrador hospitalar. Diretor da Empresa SerSaúde – Consultoria e Gestão de Empresas.
[6] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da UFMG.
[7] Enfermeira. Doutora em Ciências pela UFMG.
[8] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG.
Endereço para correspondência: Caroline Rodrigues de Andrade. Avenida Alfredo Balena, 190, sala 220 – *Campus* Saúde – Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: carolenfufmg@gmail.com.

REME v13 n2.pmd 183 15/1/2010, 16:44

INTRODUÇÃO

O registro de informações referentes às ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem é efetivado com a finalidade de gerenciar a assistência, promover cuidados de qualidade, atender às necessidades de cada paciente de forma individualizada, além de ser um modo de documentar e avaliar a qualidade do atendimento.[1] O enfermeiro deve contribuir para a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE), para o melhoramento dos registros na coleta, para a identificação de problemas, a elaboração de planos de cuidados de saúde de seus pacientes e a evolução clínica, conforme exigido pela Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro de 2002.[2]

Mais recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem elaborou normas e diretrizes para a implantação da SAE nas instituições brasileiras com a intenção de oferecer instrumentos para adotá-la como modelo assistencial de cuidado.[3]

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que deve ser usado na prática e que contribui muito para a autonomia do profissional enfermeiro, podendo até mesmo colaborar para maior visibilidade do seu papel com os clientes.[4] A SAE constitui um dos instrumentos de que o enfermeiro dispõe para a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e que devem ser aplicados de maneira humanizada, além de favorecer o registro e a comunicação de informações relevantes. Quando o enfermeiro sistematiza a assistência, o planejamento, a execução, a coordenação, o gerenciamento e a avaliação das ações de enfermagem acontecem, permitindo um atendimento individualizado ao paciente de acordo as necessidades dele.

Apesar do avanço tecnológico proporcionado pela era digital, existem inúmeras instituições de saúde que ainda utilizam o método manual de registro. Esse tipo de registro tem predominado na prática de enfermagem em unidades hospitalares, com o intuito de estabelecer a comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional.

Estudos apontam a insatisfação dos enfermeiros com o sistema manual de registro e indicam a necessidade de mudança nesse modelo. Os principais fatores para tal descontentamento são: anotações precárias, ilegíveis e subjetivas, ausência de definição metodológica estruturada, ausência de padronização dos registros, perda de tempo para escrever, o que acarreta o afastamento do paciente, o sistema manual de registro é limitado e ultrapassado, não satisfazendo a complexidade da assistência de enfermagem.[1] Tais fatores podem prejudicar a assistência da enfermagem. Outra desvantagem do registro manual diz respeito à dificuldade para a recuperação de dados para fins de pesquisa e análise.[5]

O início do uso de computadores na área de enfermagem ocorreu por volta de 1985. Esse sistema foi utilizado, inicialmente, na área de educação, quando enfermeiros e professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul desenvolveram ferramentas computacionais para o ensino de enfermagem.[5] Atualmente, a utilização da informática na enfermagem encontra-se em desenvolvimento acelerado, tanto em nível nacional como internacional, contribuindo para mudanças nas estruturas organizacionais dos hospitais e de outras instituições de saúde, estimulando profundas transformações.[6]

À medida que os avanços tecnológicos se tornam mais presentes no atendimento à saúde, o enfermeiro pode incrementar o acesso ao uso do computador para sistematizar a assistência, o que, certamente, resultará na melhoria das atividades assistenciais e na orientação de membros da equipe na prestação dos cuidados. Embora alguns enfermeiros demonstrem pouco conhecimento e familiaridade com a informática, eles sentem a necessidade de um sistema de informação computadorizado que lhes permita registrar os cuidados de enfermagem de maneira ágil, confiável e garantir-lhes maior tempo de dedicação ao paciente, para que lhe seja prestada uma assistência de qualidade.[1] Nesse contexto, o enfermeiro depara com um grande desafio, que consiste na sua instrumentalização para agregar novas tecnologias na enfermagem, ao mesmo tempo em que sistematiza suas ações fundamentadas técnica e cientificamente.

A disponibilidade e o crescente progresso na produção de *hardwares* e *softwares* têm criado inúmeras oportunidades para o avanço do ensino, assistência e pesquisa em enfermagem. No âmbito educacional, têm aumentado consideravelmente o número de programas computadorizados voltados para o processo de ensino e aprendizagem dos estudantes. O objetivo com esses sistemas computacionais é auxiliar e aumentar as habilidades do usuário para troca de informações com o computador e preparar os estudantes para a nova realidade tecnológica.

Experiências envolvendo o uso de recursos tecnológicos com o objetivo de favorecer o ensino foram relatadas com resultados satisfatórios. Um exemplo é o estudo realizado por Sasso,[7] que consistiu na utilização de computadores para simular a assistência de enfermagem durante paradas cardiorrespiratórias. Os acadêmicos que utilizaram o programa avaliaram positivamente a proposta de ensino.

Estudo realizado por Dell'acqua, Miyadahira[8] envolveu 32 cursos de graduação em enfermagem de instituições públicas e privadas do Estado de São Paulo, para identificar as questões que facilitam e dificultam o ensino e aplicação do processo de enfermagem. Responderam a um questionário 247 docentes. Entre as dificuldades, 45% referiram que "o campo prático não adota o processo de enfermagem", 27,4% indicaram que

REME v13 n2.pmd 184 15/1/2010, 16:44

o processo de enfermagem não era uma prioridade e 26,3% não acreditam no método. Segundo as autoras, mesmo com as muitas dificuldades apresentadas, os docentes têm ensinado o processo de enfermagem em escolas públicas e privadas.[8]

Um dos motivos que levam as enfermeiras no município de São Paulo a não implementar e avaliar negativamente a SAE está relacionado à formação inadequada na graduação em enfermagem. Outros motivos incluem a carência de pessoal, falta de comprometimento, envolvimento e responsabilidade dos enfermeiros, além de falta de tempo.[9]

Com a necessidade premente de sistematizar a assistência de enfermagem nas instituições públicas e privadas brasileiras e de garantir o ensino e a aplicação de todas as etapas previstas para a SAE, ainda na graduação realizou-se uma revisão conceitual e avaliação do conteúdo apresentado no *software* SAE SerSaúde e de sua aplicabilidade no ensino da graduação mediante a implementação realizada por alunos do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, durante o período de ensino clínico de uma disciplina. Espera-se, com isso, contribuir para a implantação da SAE no cenário de Belo Horizonte,

O *software* utilizado foi desenvolvido para uma unidade hospitalar por uma empresa de tecnologia de informações em saúde, de propriedade de um enfermeiro com domínio na área de conhecimento de informática. Ele foi apresentado a pesquisadores enfermeiros e discentes de enfermagem que desenvolveram pesquisa para validar conceitualmente os componentes do *software*, contribuindo, assim, para a revisão na maior adequação do *software* SAE SerSaúde ao preconizado na Resolução n° 272, de 27 de agosto de 2002, do COFEN,[2] de forma a atender aos critérios para acreditação estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). O *software* contempla as etapas da SAE, incluindo coleta de dados, diagnósticos, intervenções e evolução de enfermagem, muitas vezes não incluídas sequencialmente nos bancos de dados de enfermagem, outras vezes desconhecidas pelos enfermeiros na prática clínica.

Esse estudo justifica-se pela relevância da temática na atualidade, por constituir-se a informática em tecnologia em desenvolvimento na enfermagem e por contar com docentes, discentes e enfermeiros interessados em sistematizar a assistência utilizando um *software* para facilitar a coleta de dados de pacientes, o julgamento das necessidades/problemas/formulação de diagnósticos de enfermagem, a proposição de atividades de enfermagem/prescrição, e a documentação da evolução por meio da informatização. Nessa perspectiva, espera-se que este estudo contribua para mostrar a necessidade de mudanças para um sistema mais moderno e que contemple necessidades percebidas por enfermeiros na prática clínica.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, transversal, do qual participaram 53 alunos do curso de graduação em enfermagem. O grupo de pesquisadores realizou uma revisão conceitual nos roteiros de identificação, exame físico e evolução do *software*, com base em levantamento bibliográfico e com o intuito de aumentar o embasamento teórico do banco de dados do *software*. Foram feitas correções, inclusões de termos e conceitos. Baseando-se nesse levantamento e em discussões com docentes, foram realizadas as adaptações necessárias à maior adequação com a realidade teórica e prática. Para a coleta de dados, foram utilizados roteiros de admissão, avaliação e exame físico, construídos com base nos domínios de respostas humanas, referencial adotado pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)[10] de 2006.

O *software* foi utilizado por dois grupos de alunos no primeiro (17 alunos) e segundo (36 alunos) semestres de 2007. Esses discentes receberam treinamento e acompanhamento no campo de estágio, além de orientações de como deveriam realizar a avaliação dos pacientes e a listagem de procedimentos de enfermagem. No segundo semestre, após adequações no *software* mediante sugestões do primeiro grupo de alunos, além dessas atividades, os alunos do segundo grupo foram orientados na formulação e inclusão da fase de diagnósticos de enfermagem no *software*.

Foi elaborado um roteiro instrucional para acessar e manusear o *software* por conexão remota de qualquer computador com conexão à internet. O manual de utilização continha instruções sobre o tipo de dados a serem registrados nos campos, de como recuperar evoluções anteriores, como acessar internações de pacientes que foram a óbito e como imprimir as evoluções. Essa apostila foi enviada por *e-mail* a todos os docentes e discentes antes da realização do treinamento.

O programa foi apresentado aos professores três meses antes do início das atividades, em um treinamento de oito horas oferecido por uma enfermeira, com o objetivo de sensibilizar e facilitar o manuseio e a compreensão da proposta. Os alunos foram submetidos a um treinamento de quatro horas, no qual o *software* foi apresentado, bem como ensinou-se a manuseá-lo e, posteriormente, solicitou-se que fosse utilizado para comprovar a eficácia do treinamento.

Antes do início da utilização do *software* no segundo semestre, realizou-se reunião com os docentes da disciplina para discussão e propostas de intervenções e alterações, de modo a facilitar o manuseio do *software* e incluir itens essenciais a sua fundamentação teórica.

Foi também conduzida uma revisão no roteiro instrucional elaborado. O roteiro atualizado foi enviado, via correio eletrônico, aos alunos antes da realização do segundo treinamento. Novo treinamento na operação do programa para os docentes foi realizado com uma

REME v13 n2.pmd 185 15/1/2010, 16:44

carga horária de 8 horas. Com os alunos do segundo semestre foram realizadas 16 horas de treinamento na operação do *software*. Além disso, foram disponibilizadas atividades de monitoria pré-agendadas no laboratório de informática, com o objetivo de sanar dúvidas. As monitorias contaram com a colaboração de um monitor e um profissional, que ofereceram suporte técnico para a utilização do *software*.

Os alunos do segundo semestre de 2007 que estavam matriculados na disciplina totalizavam 48, os quais foram divididos em 8 grupos, sob a orientação de 4 professores. Apenas 2 dos docentes orientaram os alunos na prática hospitalar para utilização do *software*. Todos os alunos matriculados na disciplina se disponibilizaram a utilizá-lo durante o período de ensino clínico. Quatro grupos de alunos utilizaram o programa durante as duas primeiras semanas de estágio e os outros quatro utilizaram o programa nas duas últimas semanas.

Para avaliação do programa, foi utilizado um questionário composto de duas partes, com questões abertas e fechadas. A primeira parte foi composta por dez questões fechadas, cujos critérios de avaliação incluíram o nível de dificuldade no manuseio do *software*, fundamentação teórica, necessidade de auxílio para utilização e contribuição deste para sistematização da assistência. A segunda parte foi caracterizada por duas questões abertas para o relato das vantagens e desvantagens do material para o ensino clínico e a prática de enfermagem. O mesmo instrumento de avaliação do *software* foi aplicado aos dois grupos de alunos após o encerramento do período de ensino clínico. Dos 20 alunos que utilizaram o programa no primeiro semestre, apenas 17 (85%) responderam ao questionário de avaliação e, no segundo semestre, apenas 36 (75%) do total de 48 discentes.

Os dados foram inseridos no programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 11.5. Foi realizada dupla digitação dos dados para sanar possíveis erros. Os resultados obtidos (frequências) foram organizados em tabelas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer ETIC nº 028/07). Os discentes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O software SAE SerSaúde

O *software* SAE SerSaúde é um instrumento tecnológico patenteado que pode auxiliar na coleta de dados, evolução e plano de cuidados de enfermagem. O sistema disponibiliza: roteiro de exame físico padronizado por perfil de pacientes e por especialidade; tela para formulação de diagnósticos de enfermagem; tela para checagem de cuidados de enfermagem; possibilidade de cálculo de variáveis de interesse da enfermagem, incluídas em diferentes tipos de escalas conhecidas e validadas na área de saúde, entre elas o nível de dependência dos pacientes, que permite o cálculo do dimensionamento de pessoal calculado de acordo com a legislação do COFEN. Apresenta, também, a possibilidade para o cálculo de risco de formação de úlceras por pressão com sugestões de cuidados para preveni-las e tela para registro de intervenções/atividades de enfermagem para subsidiar a prescrição.

Inicialmente, a avaliação e a adequação conceitual de forma a embasar técnica e cientificamente os componentes de dados do *software* SAE-SerSaúde, definições, organização dos conceitos, opções de respostas para a avaliação e exame físico de pacientes foram revistos apoiados nas diferentes especialidades clínicas.

O *software* opera em sistema Windows XP e pode estar conectado à internet por conexão remota. O sistema possui um cadastro para as especialidades de pediatria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), maternidade, clínica médica, cujo sistema parametrizável pode servir às demandas requeridas em qualquer especialidade da enfermagem. Os roteiros de admissão, avaliação e exame físico foram elaborados de acordo com as particularidades de cada especialidade.

O banco de dados pode ser alimentado com os pacientes que devem ser cadastrados uma única vez, podendo receber vários atendimentos ou internações. Na FIG. 1, observa-se a tela com cadastros, onde podemos optar pelas pastas "Cadastro de pacientes" ou "Cadastro de atendimentos", sendo possível encontrar todos os pacientes que estão sendo atendidos ou estão internados. É possível, também, ter acesso a informações de pacientes não internados, que receberam alta ou foram a óbito, e de do cadastro de pacientes que estiveram internados em outras clínicas no atendimento atual ou que realizaram atendimentos anteriores à internação (FIG.1).

REME v13 n2.pmd 186 15/1/2010, 16:44

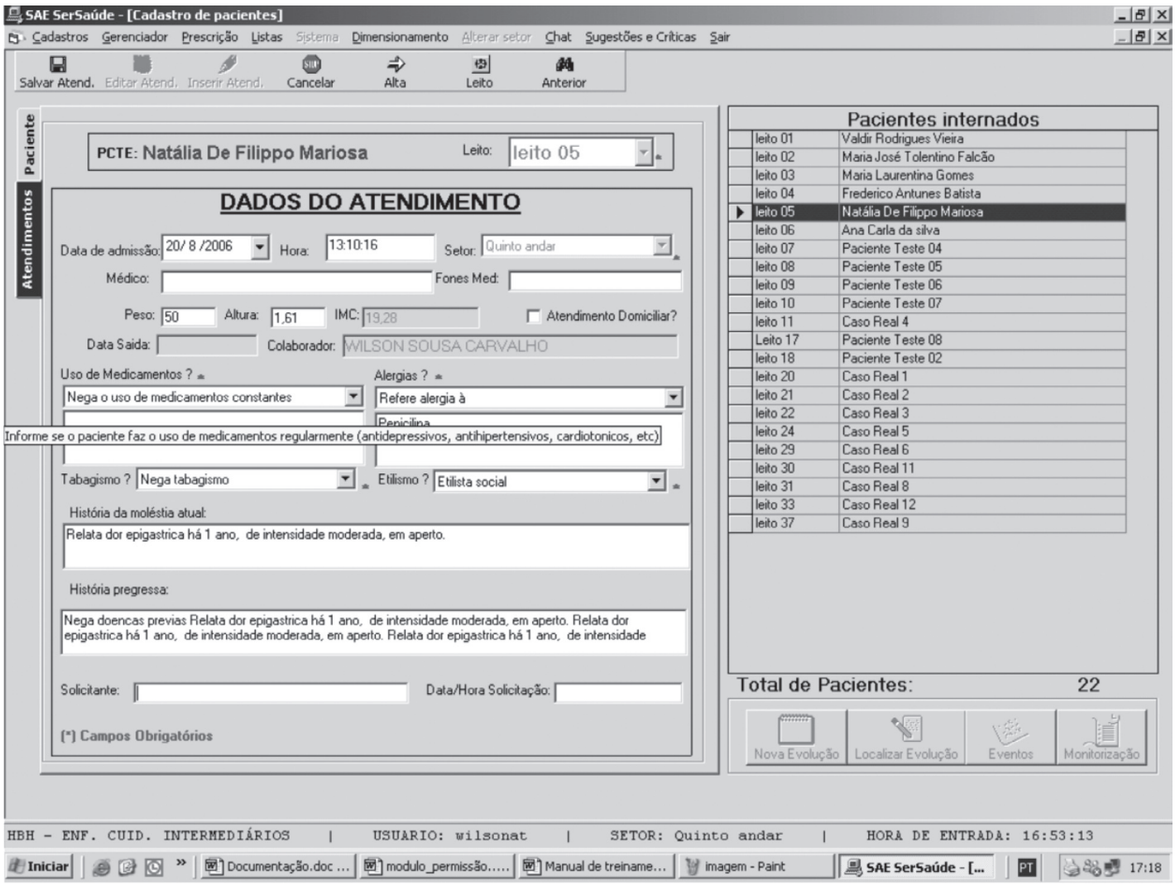


FIGURA 1 – Tela do *software* SAE SerSaúde para o cadastro de pacientes

O programa permite lançar e fazer evoluções, consultar evoluções do paciente que está internado, inserir na seção de "Eventos" informações relevantes que deverão ser relatadas à equipe de outros plantões, o que pode ajudar no raciocínio clínico. Essa opção é utilizada para documentar acessos centrais, datar o início de antibiótico, do pós-operatório imediato, de uma tomografia ou ressonância, o uso de drogas como aminas e outras cuja dosagem se modifica frequentemente. Os registros que aparecerem no relatório de evolução e no plano de cuidados corresponderão ao último lançamento.

O sistema disponibiliza, também, na tela de cadastro, um dispositivo denominado "Dados", que serve para a digitação de parâmetros vitais, respiratórios – por exemplo, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura (ou outro cadastro para especialidade). A cada novo lançamento o sistema captura a data, a hora e o nome do enfermeiro ou técnico. O sistema permite que vários relatores acessem o sistema em um mesmo dia. O relatório de plano de cuidados e evolução (impresso) trará informações das últimas 24 horas.

Em todas as telas do sistema existe um dispositivo denominado "Barra de *status*", que fornece as seguintes informações sobre o sistema: nome do usuário, setor acessado, especialidade que o usuário está acessando e hora do acesso.

Na primeira etapa do processo de enfermagem, prevê-se a coleta de dados. No sistema são disponibilizados roteiros a serem utilizados (admissão, avaliação e exame físico). São apresentadas definições conceituais sobre os itens nos dados a coletar, de forma que o usuário possa sanar possíveis dúvidas, e para cada item são apresentadas as possibilidades de achados para cada opção selecionada. Assim, possíveis resultados vão sendo armazenados no sistema mediante as seleções comprovadas pelo usuário após o exame do paciente. Cada nova evolução deve ser salva no prazo máximo de até duas horas (FIG. 2).

REME v13 n2.pmd 187 15/1/2010, 16:44

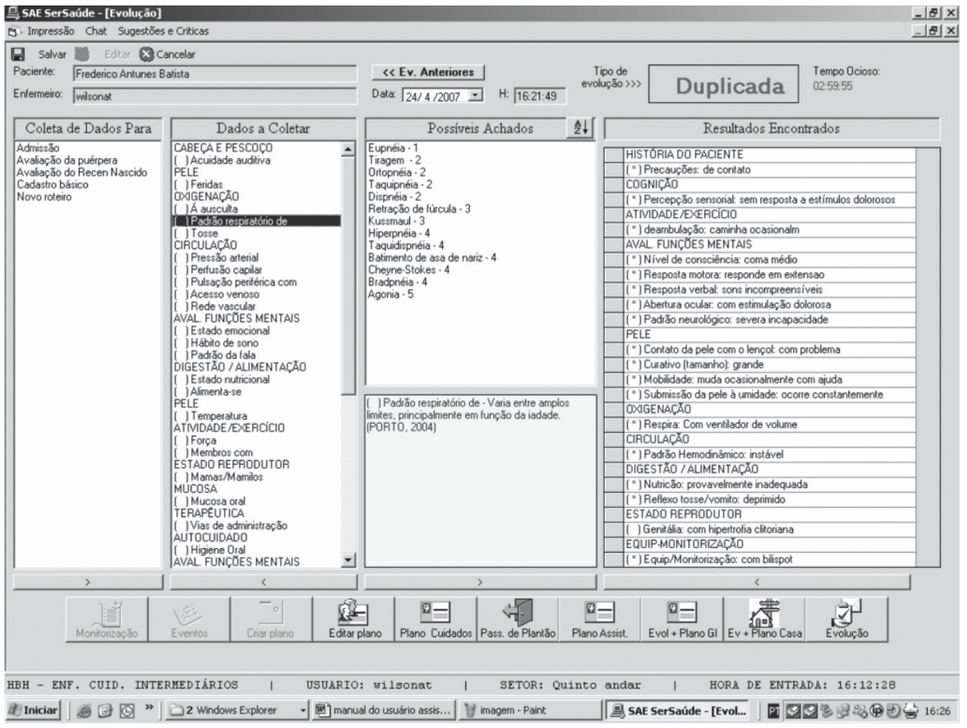


FIGURA 2 – Tela do *software* SAE SerSaúde para a evolução dos pacientes

O sistema também disponibiliza uma tela para a documentação dos "Diagnósticos de Enfermagem", possíveis de encontrar no paciente na percepção de cada usuário (FIG. 3). A tela contém uma pasta onde estão títulos "Diagnósticos de Enfermagem", segundo a Taxonomia II da NANDA 2006[10]. Os fatores relacionados (causas) e as evidências (características definidoras/ sinais e sintomas encontrados no paciente) devem ser digitados no campo em aberto. Para cada título diagnóstico é apresentada a definição conceitual fornecida pela NANDA.[10] Saliente-se que se a evolução do paciente não tiver sido realizada não será possível selecionar os diagnósticos de enfermagem para o paciente.

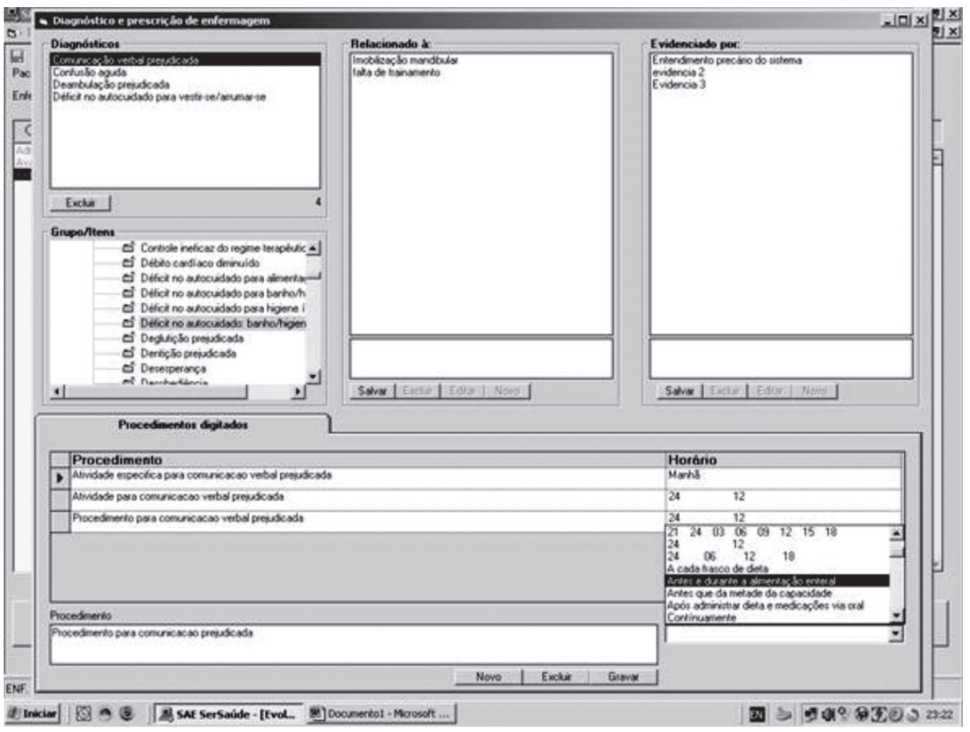


FIGURA 3 – Tela do *software* SAE SerSaúde para diagnósticos de enfermagem e prescrição

REME v13 n2.pmd 188 15/1/2010, 16:44

O programa contém, ainda, um banco de dados com os títulos das intervenções propostas pela Nursing Intervention Classification (NIC)[11] e as atividades específicas relacionadas a cada uma destas.

Para as intervenções de enfermagem, foi destinado um campo em aberto para que os alunos digitassem as intervenções e atividades específicas para cada uma delas, considerando, assim, o julgamento clínico, o conhecimento que os alunos executam em benefício de um cliente e suas particularidades. Os alunos prescreveram as intervenções de enfermagem de acordo com a NIC, bibliografia recomendada pela disciplina para a realização do plano de cuidados.

A documentação do relatório pode ser impressa, bem como os dados da evolução com a monitorização, eventos e prescrição de enfermagem por diagnóstico de enfermagem referido.

Avaliação da aplicabilidade do software SAE SerSaúde

Ressalte-se que, aproximadamente, metade dos alunos se dispuseram a utilizar o *software* durante o período de ensino clínico. Tal fato se deve a problemas técnicos e de adaptação com a nova ferramenta tecnológica, tanto por parte dos discentes como por parte dos docentes para quem a nova proposta didática foi oferecida. O *software* foi utilizado por duas semanas consecutivas no primeiro semestre. Consideraram-se as respostas de todos os alunos que responderam ao questionário (n=53).

Aproximadamente metade (51,0%) dos alunos considerou o *software* de fácil manuseio durante a utilização dele na prática. Vale ressaltar que dois alunos (3,8%) não responderam a essa pergunta. (TAB.1). Quanto à contribuição do *software* para uma visão holística do paciente, 71,1% dos alunos acreditam que o programa está estruturado de modo a permitir tal abordagem.

TABELA 1 – Opinião dos estudantes de graduação em enfermagem sobre o manuseio do *software*

Manuseio do *software*	Fácil		Difícil		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	26	51,0	23	45,0	2	4,0	51	100

Os alunos acreditam que o *software* facilita a documentação de enfermagem em 42 (79,2%) dos casos, além de ser uma ferramenta que ajuda na implementação do processo de enfermagem (44 – 84,6%). Além disso, 41 (78,9%) alunos acreditam que o *software* exige raciocínio do enfermeiro e 43 (84,3%) afirmam que a fundamentação teórica é aplicável à prática de enfermagem na área dos alunos: a pediatria (TAB. 2).

REME v13 n2.pmd 189 15/1/2010, 16:44

TABELA 2 – Opinião dos estudantes de graduação em enfermagem sobre a utilização e adequação do *software* na prática de enfermagem

Adequação do *software* à prática	Sim		Não		Não sei		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Adequação do conteúdo à abordagem holística	37	71,1	12	23,1	3	5,8	52	100
Facilita a documentação	42	79,2	9	17,0	2	3,8	53	100
Facilitador da SAE	44	84,6	5	9,6	3	5,8	52	100
Exige raciocínio do enfermeiro	41	78,9	9	17,3	2	3,8	52	100
Aplicabilidade da fundamentação teórica	43	84,3	6	11,7	2	4,0	51	100
Sequência adequada dos itens de exame físico	39	78,0	2	4,0	9	18	50	100
Interatividade do *software*	22	42,3	26	50,0	4	7,7	52	100
Necessidade de auxílio para a utilização	33	64,7	16	31,4	2	3,9	51	100
Contribuição para SAE	39	76,5	5	9,8	7	13,7	51	100

Foi avaliada, também, a sequência de itens na entrevista e exame físico, sendo que 39 (78,0%) dos alunos acreditam que a sequência está correta. O *software* não foi bem avaliado quanto à interatividade, 26 (50,0%) discentes consideraram o programa não interativo o suficiente, 33 (64,7%) dizem que é necessário auxílio para a utilização do *software* na prática, mas 39 (76,5%) afirmaram que o *software* irá contribuir para a SAE (TAB. 2).

DISCUSSÃO

Na educação, o número de programas computadorizados destinados a facilitar o ensino e a aprendizagem de estudantes de graduação em enfermagem tem aumentado consideravelmente. À medida que os avanços tecnológicos se tornam mais presentes nas instituições de saúde e de ensino, o enfermeiro precisa melhorar o acesso e o uso do computador de modo a estender seu domínio para facilitar a sistematização da assistência e, assim, contribuir para a melhoria das atividades assistenciais e de maior orientação no cuidado. O desenvolvimento de *software*s educativos contribui para o avanço tecnológico do ensino de enfermagem. As mudanças e as evoluções tecnológicas não são mais consideradas em anos, e, sim, em meses. Tecnologias apresentadas como inovadoras, em termos de pesquisa de ponta, tornam-se ultrapassadas em pouco tempo. Constantemente surge um novo *hardware*, um novo *software*, uma nova linguagem de programação, novos conceitos na área de informática, ou seja, as transformações acontecem de maneira rápida e constante. [12]

O *software* SAE SerSaúde é um recurso tecnológico do qual a enfermagem pode utilizar para sistematizar a assistência de enfermagem na prática e no ensino. O seu banco de dados pode colaborar com pesquisas e sua utilização pode agradar a enfermeiros que anseiam

REME v13 n2.pmd 190 15/1/2010, 16:44

por incorporar à sua prática novos instrumentos. Apesar de o programa SAE SerSaúde ser um *software* autoexplicativo, percebeu-se falta de habilidade dos alunos para o manuseio do *software* – haja vista que 45% dos alunos o consideram de difícil manuseio. Na instituição de ensino onde essa aplicação foi avaliada, ainda há pouca utilização de ferramentas tecnológicas por parte de alunos e professores, além da pouca experiência com a implementação da SAE por parte dos alunos na clínica. Deve-se considerar, também, o curto período de utilização do *software* pelos professores e alunos que foi disponibilizado pela disciplina. Acredita-se que a melhor capacitação, tanto dos professores (instrutores) quanto dos alunos (usuários), é necessária para a utilização adequada da ferramenta e de operação do programa.

Por sua vez, percebe-se que o número de alunos que utilizou o *software* no segundo semestre aumentou em relação ao primeiro. Tal fato pode dever-se à maior adesão dos professores à ferramenta tecnológica no segundo momento, bem como ao maior domínio deles na operacionalização do *software* durante o ensino clínico, o que contribui para o aumento na sensibilização e incentivo aos alunos na utilização do programa.

Vale ressaltar o alto percentual de discentes que se referiram ao conteúdo de seu banco de dados como contribuição para uma abordagem holística do paciente, condição julgada essencial na percepção de enfermeiros para a prática de enfermagem. Acrescente-se, ainda, que a fundamentação teórica do programa é aplicável à prática de enfermagem na especialidade de enfermagem pediátrica contemplando uma sequência de itens na entrevista e no exame físico corretamente dispostos, de acordo com a proposta da disciplina e a realidade prática da especialidade.

Interessante assinalar que a maioria dos alunos (79,2%) julga que o *software* facilita a documentação de enfermagem, pois o registro dos dados aparece de maneira sistematizada e evita o registro com letras ilegíveis. Esse é um requisito importante para um *software* dessa natureza. É relevante também o fato de o *software* também ter sido julgado como uma ferramenta facilitadora da implementação da SAE, exigindo raciocínio clínico. Apesar de muitas informações de coleta de exame físico e os diagnósticos de enfermagem já constarem no banco de dados do programa, os alunos ainda consideram que para a operacionalização do programa é exigido o exercício de pensamento crítico, o que é muito satisfatório para uma ferramenta tecnológica a ser utilizada no ensino e na prática clínica.

O fato de o *software* não ter sido julgado como interativo por 50,0% alunos comprovou a dificuldade demonstrada para aderir a essa nova metodologia de ensino. O curto período disponibilizado para a adaptação a essa nova proposta, aliado à necessidade do usuário apresentar habilidades na área da informática, pode ter interferido na percepção da interatividade do *software* pelos acadêmicos. Percebe-se quão trabalhoso é lidar com a diversidade de assuntos que envolvem o preparo e utilização de um *software* na prática.

CONCLUSÃO

A utilização de um *software* para sistematizar a assistência de enfermagem exige esforço e muito tempo de planejamento, revisão, inserção, avaliação e verificação de utilidade. Na enfermagem, a sistematização da assistência e das propostas de implementação da SAE na prática clínica já é uma realidade. O interesse em desenvolver instrumentos tecnológicos para o registro de informações de enfermagem tem despertado em estudiosos o anseio de construir programas cada vez mais eficientes, que facilitem o trabalho da enfermagem, de modo a contribuir para a implantação da SAE.

Acredita-se que da mesma forma como os discentes apresentaram certa limitação no primeiro contato com o *software*, os enfermeiros também a terão no campo de trabalho. Assim, a implementação da SAE deve ocorrer posteriormente a programas de sensibilização e capacitação dos profissionais a fim de facilitar o processo de adaptação a esse novo recurso tecnológico de documentar dados de pacientes utilizando o método do processo de enfermagem.

O desenvolvimento de estudos envolvendo a utilização de recursos tecnológicos no ensino e na assistência tem sido uma tendência que reflete a situação do mercado de trabalho. A Secretaria Municipal de Curitiba viabilizou o prontuário eletrônico a partir de 1999 e desde 2004 incorporou o conteúdo de enfermagem (SAE) utilizando a Classificação Internacional da Prática em Saúde Coletiva (Cipesc®). O prontuário é usado para programas institucionais, gerenciamento da programação e do custo operacional nas unidades, nas centrais de marcação de consulta especializada e de leitos, nos Centros de Especialidades e no Laboratório Central, abrangendo *on-line* as 107 Unidades de Saúde do município. A experiência e validação da implantação do sistema operacional Cipesc® em Curitiba tem mostrado maior união entre os enfermeiros, a padronização do trabalho, maior autonomia e registro das atividades, o que tem contribuído para a valorização do profissional.[13]

Com o desejo de aumentar a excelência do serviço prestado e conquistar níveis de atendimento que permitam às instituições a obtenção de certificação de qualidade emitida pela ONA, cada vez mais têm sido exigidas dos profissionais a documentação de suas atividades e a previsão de indicadores de qualidade da assistência. Mostra-se necessário que o enfermeiro se qualifique melhor e que a incorporação de tecnologias no atendimento clínico seja uma maneira de aperfeiçoar o processo de trabalho do enfermeiro.

Conclui-se, portanto, que há uma conscientização por parte dos discentes sobre a necessidade de implementar a SAE, além dos benefícios que esta pode trazer para o ensino e a assistência, apesar de ainda

REME v13 n2.pmd 191 15/1/2010, 16:44

haver dificuldades no que se refere ao manuseio de *softwares* por parte de discentes e docentes de enfermagem. Sugere-se maior capacitação dos professores (instrutores) e dos alunos (usuários) na utilização da ferramenta e mais tempo de operação do programa. Conclui-se que o *software* contribui para a implementação da SAE na prática e no ensino.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Empresa SAE SerSaúde Serviços, Consultoria e Gestão, por disponibilizar o *software* para a consecução do projeto, bem como ao CNPq e à FAPEMIG, pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev Latinoam Enferm. 2003 jan/fev; 11(1):80-7.

2. Conselho Regional de Enfermagem (Coren). Resolução Cofen n° 272/2002, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Belo Horizonte, 04 de agosto de 2006.

3. Santos BMP. Normas e diretrizes para implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.

4. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da Assistência de enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

5. Marin HF. Informática na enfermagem. In: Marin HF. Informática em enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1995.

6. Zem-Mascarenhas SH, Cassiani SHB. Desenvolvimento e avaliação de um *software* para o ensino de enfermagem pediátrica. Rev Latinoam Enferm. 2001 nov/dez; 5(6):13-8.

7. Sasso GTMD, Souza ML. A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; abr/jun; 15(2):231-9.

8. Miyadahira AMK, Dell'acqua MCQ. Processo de Enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. Rev Esc Enferm da USP. 2000; 34(4):383-9.

9. Monte ADAS, Adami NP, Barros ALBL. Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em hospitais de grande e extraporte. Acta Paul Enferm. 2004; 14(1): 89-97.

10. NANDA. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006. 312 p.

11. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

12. Fernandes MGO, Barbosa VL, Naguma M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto-instrucional. Rev Latinoam Enferm. 2006 mar/abr; 14(2):243-50.

13. Cubas MR, Albuquerque LM, Martins SK, Nóbrega MML. Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(2):269-73.

Data de submissão:11/5/2009
Data de aprovação: 9/10/2009

REME v13 n2.pmd 192 15/1/2010, 16:44

AS REDES DE APOIO NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA*

SOCIAL NETWORKS AND SOCIAL SUPPORT FOR PEOPLE DEALING WITH CHRONIC RENAL DISEASE

REDES DE APOYO PARA ENFRENTAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Eda Schwartz[1]
Rosani Manfrin Muniz[2]
Andréia Burille[3]
Juliana Graciela Vestena Zillmer[4]
Danubia Andressa da Silva[5]
Aline Machado Feijó[6]
Maria Emília Nunes Bueno[7]

RESUMO

A doença renal é considerada incurável e de evolução progressiva, causando ao portador problemas físicos, psicológicos, sociais e econômicos, daí a necessidade de que o cliente e sua família aprendam a lidar com os sintomas e incapacidade, adaptem-se ao ambiente hospitalar e aos procedimentos para tratamento, bem como estabeleçam e mantenham relações harmoniosas com a equipe de saúde. O objetivo com este estudo foi conhecer a rede apoiadora utilizada pelo cliente e sua família no enfrentamento da doença renal crônica. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, apoiado no referencial da Teoria Ecológica de Bronfenbrenner, desenvolvida na Unidade de Nefrologia de um hospital de médio porte em uma cidade do sul do Rio Grande do Sul, no período de 2004 a 2005. Participaram do estudo três familiares, que responderam a uma entrevista semiestruturada, e três usuários, que elaboraram, junto com seu respectivo familiar, o ecomapa e o genograma da família. Os resultados apontam as dificuldades apresentadas pelos familiares no enfrentamento da doença renal e mostram que a rede apoiadora dos clientes e das famílias é composta por demais familiares, vizinhos e amigos. Outra fonte de apoio relatada foi a espiritualidade que auxilia a enfrentar a doença, juntamente com o serviço de hemodiálise, ao qual todos os usuários e familiares se referiram como vínculo forte.

Palavras-chaves: Doença Crônica; Enfermagem; Apoio Social; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

Chronic renal disease is an incurable condition that has a progressive evolution and causes physical, psychological, social and economical problems to the patient. It is important that both patients and family learn how to deal with symptoms and disability, get used to the hospital and to the treatment procedures and establish a comfortable relationship with the health team. This study aims to recognize the social networks that help patients with chronic renal disease. It is a qualitative research based on the Ecological Theory of Bronfenbrenner. It was carried out between 2004 and 2005 in a Nefrology Unit from a medium size hospital in a city from Rio Grande do Sul. Three relatives answered a semi-structured interview and three patients with one respective relative elaborated the ecomap and the genogram of the family. Results point to family difficulties in dealing with renal disease and show that relatives, neighbors and friends are the main social support source for these patients. Spirituality was also seen as a support source and the hemodialysis service was referred as a strong bond.

Key words: Chronic Disease; Nursing; Social Support; Renal Insufficiency Chronic.

RESUMEN

La enfermedad renal, considerada como incurable y de evolución progresiva, le causa problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos a su portador. Además, requiere que el paciente y su familia aprendan a manejar los síntomas y la incapacidad, se adapten a los hospitales y a los procedimientos para su tratamiento y que establezcan y mantengan relaciones armoniosas con el equipo de salud. El objetivo del presente estudio fue conocer la red de apoyo utilizada por el cliente y su familia para enfrentar la enfermedad renal crónica. Se trata de una investigación cualitativa basada en el referente de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner, desarrollada en la Unidad de Nefrología de un hospital mediano de una ciudad al sur de Rio Grande do Sul en el período de 2004 a 2005. En el estudio participaron tres familiares que respondieron a una entrevista semiestructurada y tres usuarios que elaboraron con su respectivo familiar el ecomapa y el genograma de la familia. Los resultados señalan las dificultades de los familiares para enfrentar la enfermedad renal y que la red de apoyo de los clientes y sus familias está formada por otros miembros de la familia, vecinos y amigos. Otras fuentes de apoyo citadas fueron la espiritualidad y el servicio de hemodiálisis, al cual todos los usuarios y familiares mencionaron como vínculo muy fuerte.

Palabras clave: Enfermedad Crónica; Enfermería; Apoyo Social; Insuficiencia Renal Crónica.

* Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), sob o nº 03/0826.0 PROADE 3 , e coordenada pela Prof. Dra. Eda Schwartz, líder do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. Foi desenvolvida no período de maio de 2004 a junho de 2005.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem e docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO)/Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Líder do Nuccrin. E-mail: eschwartz@terra.com.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem e docente da FEO/UFPel. Membro do Nuccrin. E-mail: romaniz@terra.com.br.
[3] Acadêmica do 8º semestre da FEO/UFPel. Bolsista de iniciação científica. Membro do Nuccrin. E-mail: andreiaburille@yahoo.com.br.
[4] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Membro do Nuccrin. E-mail: juzillmer @hotmail.com.
[5] Enfermeira. Membro do Nuccrin. E-mail: a_lipchen@yahoo.com.br.
[6] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Membro do Nuccrin. E-mail: aline_feijo@yahoo.com.br.
[7] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Membro do Nuccrin. E-mail: me_bueno@yahoo.com.br.
Endereço para correspondência: Eda Schwartz. Avenida Fernando Osório, 5189, CEP 96065-000, Pelotas-RS.

REME v13 n2.pmd 193 15/1/2010, 16:44

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos das últimas décadas determinaram mudanças significativas no modo de vida das populações, influenciando diretamente a expectativa de vida. Esse fenômeno é conhecido como "transição epidemiológica" e tem traçado um novo perfil populacional em nível mundial, provocando um impacto significativo na sociedade. Verifica-se, por um lado, a diminuição da taxa de fecundidade e, por outro, o volume crescente de doenças crônicas.[1]

Entende-se por doenças crônicas não transmissíveis as enfermidades que apresentam como características uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais.[2]

Entre as doenças crônicas está a doença renal, que consiste em perda progressiva e geralmente irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada, chamada fase terminal ou estágio cinco, os rins não conseguem mais manter a homeostasia do meio interno do indivíduo, necessitando de terapia renal substitutiva.[3]

A doença renal pode acometer qualquer pessoa e ocorrer em qualquer etapa da vida. Considerada uma condição incurável e de evolução progressiva, causa ao seu portador problemas físicos, psicológicos, sociais e econômicos, sendo necessário que este aprenda a lidar com os sintomas e incapacidade que a doença impõe.[4]

A readaptação à nova realidade e a compreensão da busca pelo controle da situação, geradas pela doença crônica, exigem que a família participe no processo de crescimento diante de cada nova experiência vivida.[5] Assim, esse contexto do indivíduo/família, no qual se desenvolvem as relações, inter-relações e interconexões entre seus integrantes, é que oportuniza o desenvolvimento e as mudanças, que ocorrem conforme seus níveis de sistemas.[6]

As inter-relações da família em seus diversos ambientes: microssistema (cliente e família), mesossistema (família e trabalho), exossistema (políticas de saúde) e macrossistema (cultura, valores, crenças), afetam as relações. Assim, os vínculos estabelecidos na rede de relações podem ou não potencializar o processo desenvolvimental do individuo e de sua família, para lidar com a doença.[6,7]

Dessa forma, acredita-se que as relações familiares são fundamentais durante esse processo, pois influenciam de maneira significativa as atitudes tomadas pelo indivíduo enfermo em sua reabilitação.

Nesse sentido, é importante refletir sobre a necessidade de conhecer os pacientes aos quais se presta o cuidado e também a família deles. Mais especificamente, entender como o microssistema família se desenvolve para, assim, conseguir prestar um atendimento mais eficaz e qualificado, influenciando diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. Além disso, buscar auxiliar essa família no estabelecimento de relações mais fortalecedoras e duradouras.

Assim, o objetivo com este estudo foi conhecer a rede apoiadora utilizada pelo cliente e sua família no enfrentamento da doença renal crônica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, apoiado no referencial da Teoria Ecológica de Bronfenbrenner,[7] que enfatiza o desenvolvimento do ser humano nos sistemas denominados microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema, e os vínculos apoiadores necessários para o desenvolvimento do ser humano e suas famílias.

Os instrumentos propostos foram entrevistas semiestruturadas com familiares de doentes renais crônicos baseadas no modelo Calgary, um modelo de avaliação e de intervenção que adota a família como unidade de cuidado. Foram realizadas concomitantemente, também, entrevistas com a participação dos pacientes e seus familiares juntos, o que possibilitou a elaboração do genograma e do ecomapa.

O genograma é um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, fornece informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações. O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.[8]

Esta pesquisa se desenvolveu no período de 2004 a 2005, em um Serviço de Nefrologia de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul que atende clientes de toda a cidade e municípios vizinhos que vêm em busca de tratamento dialítico. Muitos dos clientes atendidos pelo serviço são acompanhados por seus familiares, que aguardam na sala de espera enquanto ocorre a diálise, o que foi um facilitador da pesquisa.

Assim, os participantes deste estudo foram três familiares e três clientes, portadores de doença renal crônica, em tratamento dialítico que frequentavam o serviço. Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados por nomes fictícios.

A análise dos dados ocorreu em três etapas: ordenação dos dados, que compreende a leitura exaustiva dos relatos; o momento da transcrição das entrevistas; releitura do material; organização dos relatos em ordem de classificação do tema investigado; classificação dos dados: momento na qual foram agrupados os temas da pesquisa segundo os objetivos, análise final dos dados: profunda reflexão do material empírico com a interpretação dos pesquisadores.[9]

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de uma Universidade do sul do Brasil, obtendo aprovação sob o nº 038/2004, respeitada, também, a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Cada cliente e cada familiar assinaram o

REME v13 n2.pmd 194 15/1/2010, 16:44

consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa após a apresentação do projeto e seus objetivos.

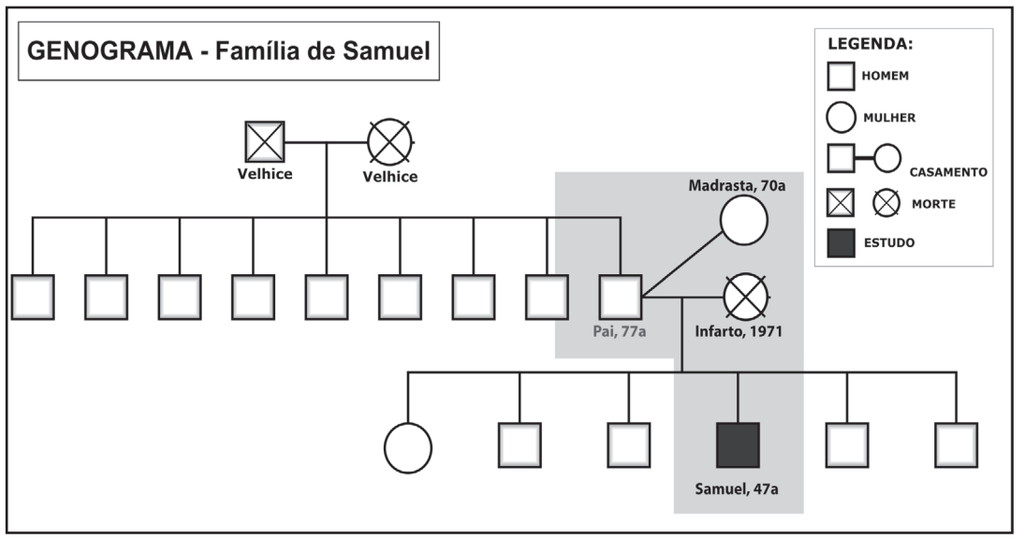
RESULTADOS E DISCUSSÃO

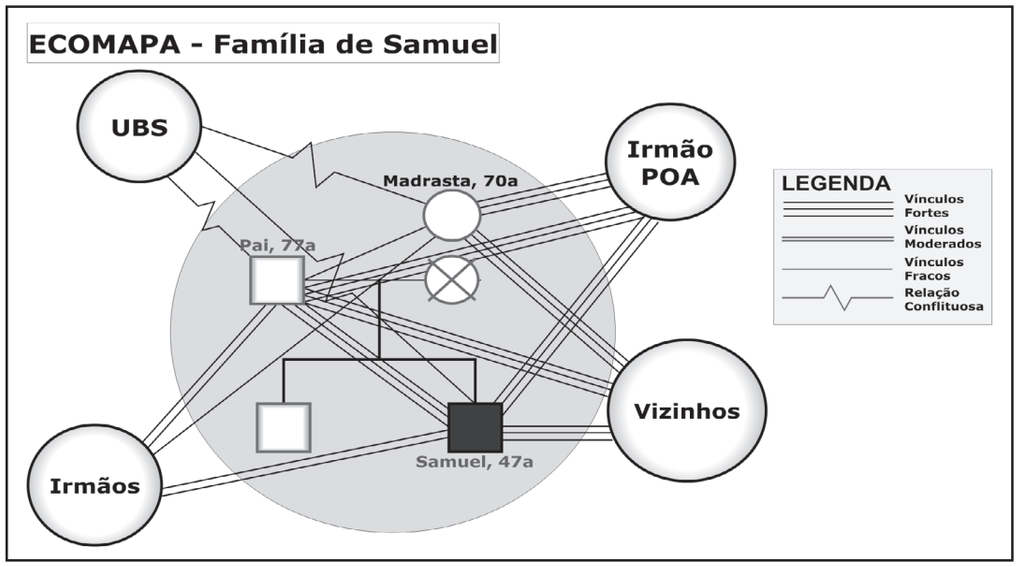
Inicialmente, apresentamos as famílias e em seguida, os genogramas e ecomapas destas. Em seguida, discutimos os temas que surgiram com a análise das entrevistas a saber: Rede de apoio familiar, Rede de apoio espiritual, Redes de apoio externo.

Família de Samuel

A família de Samuel é constituída de três pessoas: Samuel, seu pai e sua madrasta. Em Samuel, a doença se manifestou cedo: desde jovem tinha reumatismo infeccioso. Entre idas e vindas a vários médicos, descobriu que estava com insuficiência renal. Também apresenta problemas mentais bem significativos. Segundo o pai, Samuel teve meningite quando criança, ficando com sequelas. Sua família é numerosa e tem boas condições de vida. Irmãos que residem em outras cidades auxiliam nas despesas da casa e na compra de medicamentos.

Para Samuel e sua família, os irmãos que residem em outros municípios e vizinhos constituem a rede de apoio que auxilia nas adversidades impostas pela doença. Ele realiza tratamento dialítico há sete anos.





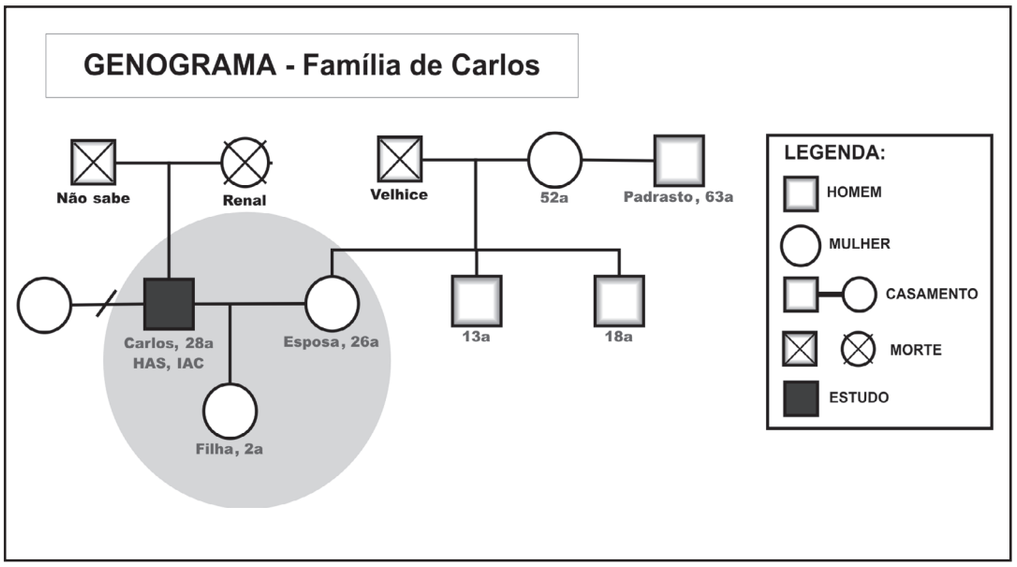
REME v13 n2.pmd 195 15/1/2010, 16:44

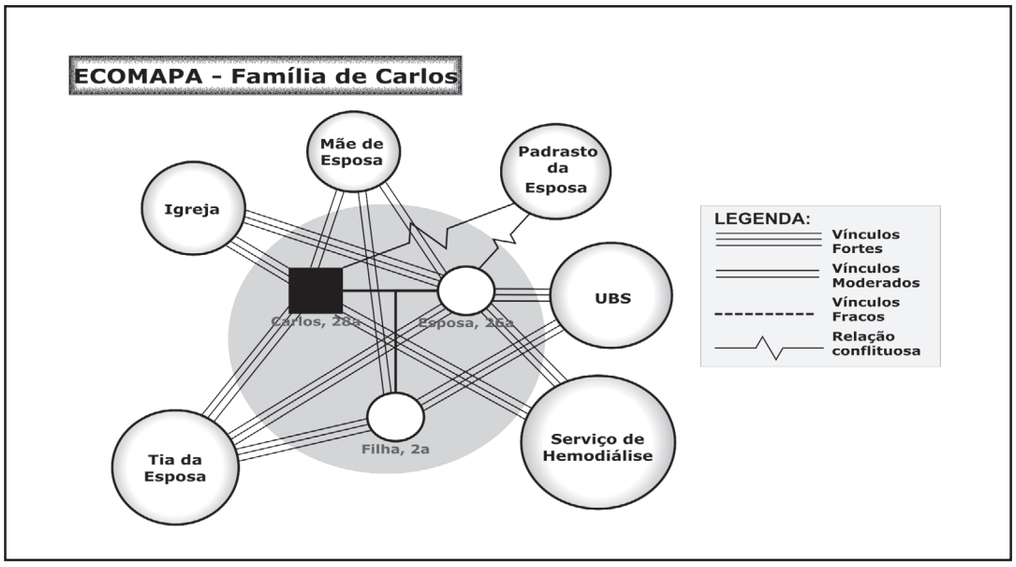
Família de Carlos

A família de Carlos é constituída de três pessoas: Carlos, a esposa e a filha. A doença renal já tinha trazido a Carlos consequências. Antes de manifestar-se em sua vida, sua mãe havia falecido de insuficiência renal, quando ele ainda era jovem. Quando começou a manifestar os sintomas semelhantes aos da mãe, procurou um médico, já pressentindo o que o aguardava. Quando soube do diagnóstico, ele e sua esposa ficaram muito abalados.

A doença renal abalou psicológica e financeiramente a família, pois ele não pôde mais trabalhar como pedreiro, e sua mulher também deixou de trabalhar, porque passou a cuidar dele e da filha pequena. Ficaram dependentes de doação para alimentar-se e vestir-se e, por não terem casa própria, moram em uma casa cedida. Carlos e sua família apresentam uma rede de apoio ampla, que vai desde o serviço de hemodiálise até a igreja, que, além de proporcionar-lhe forças para seguir em frente, auxilia-o com mantimentos e roupas.

A relação com a família de sua esposa não é muito fortalecida, e a família conta com a ajuda apenas de uma tia da esposa. Carlos não conhece o pai dele, a mãe é falecida e também não possui irmãos, não tendo ninguém de sua família que possa ajudá-lo. Realiza tratamento dialítico há três anos.



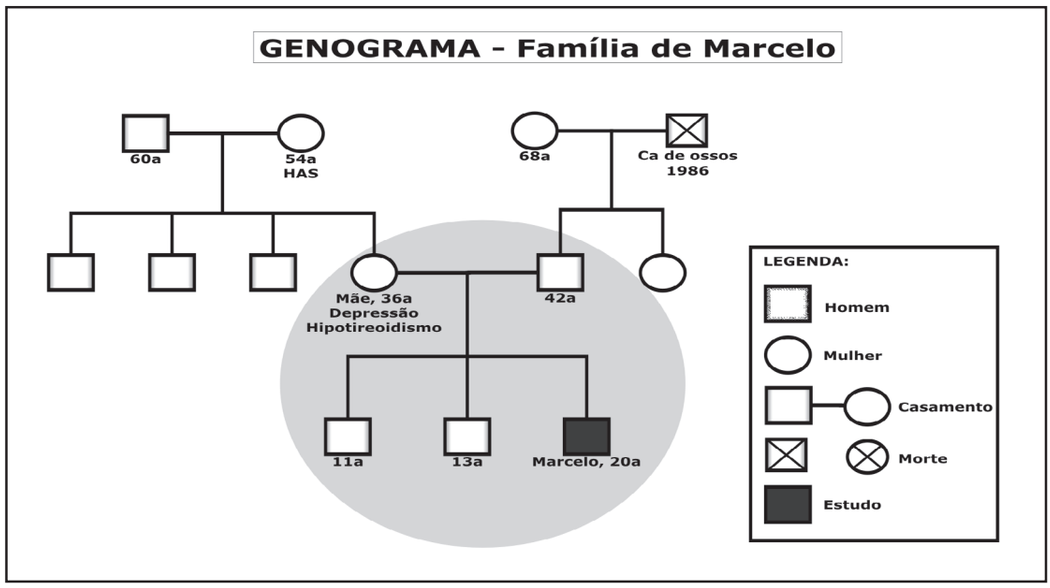


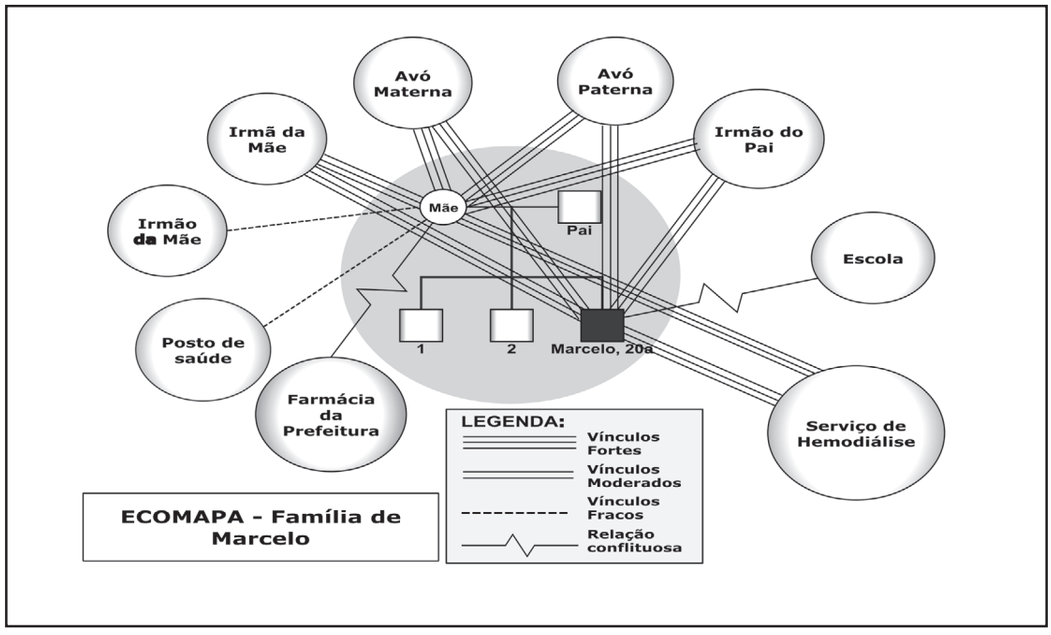
REME v13 n2.pmd 196 15/1/2010, 16:44

Família de Marcelo

Marcelo é o filho mais velho de três irmãos. A doença renal passou a fazer parte do cotidiano da família quando ele, aos 8 anos de idade, consultou com um médico especialista, pois apresentava infecção urinária frequentemente. Aos 13 anos, fez transplante renal, que acabou malsucedido, pois o rim funcionou apenas dois anos.

Então, iniciou a hemodiálise e há seis anos realiza esse tratamento. Depois do diagnóstico da doença, sua família passou por períodos difíceis, pois a mãe largou o emprego para cuidar dele e, atualmente, a família vive com o salário do pai e o auxílio-doença de Marcelo. Para ele e sua família, os demais familiares (avós, tia e tio) são vistos como apoio a quem a família recorre quando encontra dificuldades, e o serviço de hemodiálise é o que fornece a ajuda e o apoio necessários para ele dar continuidade ao tratamento.





REME v13 n2.pmd 197 15/1/2010, 16:44

A seguir, apresenta-se a discussão dos temas.

Rede de apoio familiar

Ao realizar a análise dos ecomapas, pôde-se verificar que a família constitui um elo muito importante para o cliente no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento.

Observou-se, também, nas entrevistas, que os familiares e clientes relataram ter recebido apoio dos demais membros da família durante o diagnóstico e também no transcorrer do tratamento. Embora nem todas as famílias tenham recebido o apoio na dimensão necessitada, como no caso da família de Carlos, também foi referido pelos clientes que a doença veio unir mais a família e tornar os vínculos mais fortalecidos.

> *Todos me ajudam, meu marido, minha sogra, minha cunhada, todos colaboram [...].* (Familiar de Marcelo)

> *A partir do momento que a doença entrou nas nossas vidas, nossa família ficou mais unida; hoje a gente está sempre se preocupando com ele [...], a gente ficou mais junto [...].* (Familiar de Marcelo)

> *Tenho filhos estudados [...]; eles me ajudam bastante.* (Familiar de Samuel)

> *A única pessoa que nos ajuda é minha tia, que depois que o Carlos ficou doente passou a nos ajudar mais [...].* (Familiar de Carlos)

> *Quando fiquei doente, de início ela se apavorou* (a esposa) *[...], mas depois ela começou a cuidar mais e mais de mim [...]. Nós ficamos mais unidos [...].* (Cliente Carlos)

Quando algum membro da família fica acometido por uma doença crônica, a família busca fazer arranjos, adaptações e até mudanças de papéis para enfrentar as limitações e as adversidades impostas pela doença e pelo tratamento.

No processo de adaptação à doença, identificam-se os comportamentos familiares nas diferentes fases da doença. No início da doença, a família pode oferecer apoio ou negar as alterações e culpar, às vezes, a vítima. Sob o impacto da doença, a família discute a partilha tarefas de apoio e pode, também, apresentar comportamentos abusivos.[10]

Observa-se que, no início da terapia, a família reorganiza as responsabilidades e começa a planejar o caminho a ser percorrido mediante uma visão mais realista da situação vivenciada. É nessa fase que pode ocorrer certo distanciamento do cliente ou da família. Na quarta fase, descrita como recuperação precoce, a família busca a reintegração por meio de ações mais flexíveis e reorganização de novos papéis. Já na quinta e última fase referida pelos autores, ocorre maior aceitação dos clientes pela família e, em alguns casos, também pode ocorrer dificuldades de adaptação às exigências da situação vivenciada.[10]

Na maioria das vezes, o indivíduo que convive com a doença crônica tem necessidade de compartilhar esse enfrentamento com sua família ou com outras pessoas próximas. Busca, dessa forma, apoio e ajuda, pois a doença crônica traz limitações que exigem readaptações individuais e familiares. A família passa a ter papel importante no apoio ao paciente na adaptação à doença e, também, ao tratamento.[11]

Assim, os períodos psicológicos que o cliente renal em tratamento dialítico vivencia são três: o primeiro é o de euforia, quando o cliente se encontra mais flexível ao tratamento e demonstra esperança e confiança; o segundo período é descrito como de depressão e de desânimo. Nessa fase, ocorrem mudanças no estado afetivo do cliente, que pode se dar em um tempo curto ou mais prolongado. Sentimentos de tristeza, irritação e angústia são comuns nesse período; o último é chamado de período de adaptação, que se desenvolve de maneira gradual e o cliente passa a aceitar as limitações e complicações decorrentes da diálise. Nesse período, pode ocorrer oscilações do estado afetivo do cliente, que vivencia momentos de angústia, demonstrando a necessidade de apoio.[12]

Desse modo, quando o familiar tem o apoio e os cuidados da família, conviver com a doença fica mais suavizado e o tratamento torna-se menos penoso, pois ele tem a segurança de ter pessoas queridas, de prontidão, para lhe estender a mão quando necessitar.

Ainda nesse contexto, fica explanado que o envolvimento familiar favorece a formação de outras redes de apoio, sejam para prestar cuidado, sejam, até mesmo, como suporte financeiro. O apoio de vizinhos e de pessoas amigas também auxilia no melhor enfrentamento da doença e do tratamento.[11]

A família, além de ser o apoio do enfermo, também sentiu necessidade de externar o medo de perder seu familiar. Tal fato pode ser evidenciado nas declarações a seguir:

> *Fiquei assustada [...]. Eu não aceitava [...]. Fiz de tudo para ele não entrar na hemodiálise.* (Familiar de Marcelo)

> *No começo foi difícil de aceitar [...]. Fiquei apavorado quando vi meu filho nas máquinas [...].* (Familiar de Samuel)

> *Eu não queria ouvir [...], eu só chorava [...]. Pensei que ia perdê-lo.* (Familiar de Carlos)

Os discursos revelam o sofrimento da família diante do adoecer de um de seus membros. Assim, o encontro com a doença renal crônica, para a família, é um momento muito doloroso que traz, além de sentimentos de medo, muita ansiedade em relação ao curso da doença e à possível perda do familiar.

REME v13 n2.pmd 198 15/1/2010, 16:44

A doença crônica não afeta somente o paciente, mas todos os membros de sua família, os quais podem experimentar diversos sentimentos, como o estresse e a ansiedade. A gravidade da doença gera na família medo e muito sofrimento, podendo dar origem a um estado conhecido como depressão.[13]

Desse modo, o apoio familiar acontece de forma diversa, principalmente porque nem sempre a família está preparada para ajudar o seu enfermo e, nesse caso, na doença renal crônica, que requer um tratamento tão desgastante, às vezes, pode ser demais para ela, causando sofrimento, conforme o observado nos discursos dos familiares.

À medida que a doença progride, várias mudanças interferem na forma de a família relacionar-se entre si, refletidas nas limitações que aumentam constantemente com a gravidade da doença, originando muitos conflitos e sofrimento dentro do ambiente familiar.[14]

Rede de apoio espiritual/religiosa

A fé, a espiritualidade, a religiosidade também tiveram ênfase nas falas dos clientes e familiares, sendo vista como uma contribuição e um suporte que auxiliam no processo de reabilitação. Para os clientes, acreditar em algo superior constitui uma importante fonte de apoio, na qual buscam forças para enfrentar as limitações que a doença e o tratamento impõem.

Também se enfatiza que, para eles, existe uma forte ligação entre a fé e a cura, pois muitos depositam suas expectativas de cura em um ser superior. Pode-se observar a intensa presença da espiritualidade nas falas a seguir:

> *Eu tenho muita fé em Deus [...]. A gente tem que ter fé em alguma coisa [...] a fé aumentou depois da doença.* (Familiar de Marcelo)

> *Me ajuda bastante [...] me dá mais força, mais incentivo, porque às vezes fico para baixo. [...] Além disso, a igreja me dá roupas e comida.* (Cliente Carlos)

> *Sempre vamos à igreja [...]. Tem que ter fé em Deus para ter força para andar [...].* (Familiar de Samuel)

> *Eu não era ligado nesse 'troço' de ter fé e acreditar em Deus, mas depois que fiquei doente [...] passei a buscar [...]. A gente tem que acreditar* (Cliente Marcelo).

Pelos relatos dos entrevistados, observa-se que a fé em Deus acentuou-se após a doença, mesmo para aqueles que já a tinham. Aquele que *não era ligado em acreditar em Deus*, sentiu necessidade de acreditar, revelando que todos nós precisamos de um apoio espiritual/religioso em momentos de aflição.

A fé em Deus, ou A religião, ou a espiritualidade de cada um ajuda as pessoas em situações extremas da vida, como uma doença grave como a doença renal crônica, para a compreensão do inexplicável e a aceitação do antes impensável.[15]

As pessoas, de modo geral, ao se sentirem acometidas por alguma doença, ficam mais reflexivas e questionam as próprias crenças religiosas e espirituais. Para elas, buscar apoio e forças na espiritualidade/religiosidade é uma estratégia acessível, pois a sociedade contemporânea oferece vários serviços religiosos, que são usados, efetivamente, pelos indivíduos, influenciados pelos membros da sua rede de apoio.[16]

Diante da doença, o cliente luta com determinação, por meio da fé, da ligação que estabeleceu com Deus. Busca, dessa forma, encarar as dificuldades, romper barreiras por meio da esperança, que não permite desanimar.[17]

Nesse sentido, entende-se que a espiritualidade dá significado e sustentação aos clientes que estão vivenciando a doença, assim como as mudanças e as perdas que as acompanham.[18]

Redes de apoio externo

Para este estudo, foram consideradas como redes de apoio externo os serviços de saúde, os amigos, os vizinhos e a escola.

A doença renal fragiliza o portador e família, sendo essencial que o serviço de saúde frequentado por ele seja acolhedor e agradável e, também, um local onde ele possa dividir angústias, incertezas e medos sem ser reprimido, que preste um atendimento humanizado e individualizado.

Por meio da análise dos ecomapas, pôde-se observar que os pacientes possuem uma relação muito forte com o serviço de hemodiálise, o qual oferece suporte e atendimento qualificado. Entretanto, o mesmo não pode ser dito com relação às unidades básicas de saúde, nas quais os clientes, com exceção de Carlos, possuem vínculos fracos.

Entende-se que a equipe de saúde deve buscar estabelecer uma relação fundamentada na confiança e na compreensão, além de ter conhecimentos técnico-científicos sólidos, sendo isso fator essencial para o cliente aderir ao tratamento.[17]

Desse modo, enfatiza-se que hoje existe um processo de mudança no olhar do enfermeiro, que antes se voltava mais para os procedimentos técnicos. Agora, cada vez mais, busca-se promover um cuidado holístico, ou seja, com um olhar físico, psicológico e social sobre o cliente e, também, sobre sua família.

Além dos serviços de saúde que fornecem apoio, outra fonte de apoio externa são os amigos, os vizinhos, a escola, dentre outros. Nesse sentido, o cuidado familiar é fortalecido, também pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos.[19]

O cliente renal, geralmente, é assistido pelos amigos, vizinhos e familiares, mas, às vezes, com o desenrolar do tempo, tende a se isolar socialmente, muitas vezes por causa das limitações da doença e do tratamento.[20] Nesse sentido, considera-se importante o cliente manter essa rede, pois o isolamento social pode refletir

REME v13 n2.pmd 199 15/1/2010, 16:44

negativamente na qualidade de vida dele e da sua família.

Ao analisar os ecomapas das famílias, observam-se algumas particularidades de cada uma no que tange ao apoio social recebido.

A família de Samuel tem os vizinhos como suporte, com os quais pode contar nas adversidades e também nos momentos bons. Por outro lado, Marcelo, por ser jovem e frequentar a escola, traz um fato que nos remete à reflexão: o vínculo conflituoso com a escola. Acredita-se que a escola possa ser um lugar perturbador diante de tal situação e que a opinião dos colegas em relação à imagem corporal prejudicada possa gerar situações constrangedoras ligadas à doença e ao tratamento.

O uso do cateter para hemodiálise e, também, a dependência do dialisador para a manutenção da vida tornam o paciente portador de doença renal distinto das outras pessoas, levando ao surgimento de muita angústia e, algumas vezes, à tentativa de isolar-se, fugir daquela realidade.[17]

Desse modo, observa-se que as redes de apoio externas podem se configurar como conflituosas, uma vez que não oferecem a ajuda de que cliente e família precisam e, ainda, causam perturbação como observado no ecomapa de Marcelo. Entretanto, elas também podem ajudar as pessoas a enfrentar a enfermidade e o tratamento, conforme observado no ecomapa de Samuel e Carlos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal crônica acarreta mudanças na vida de seus portadores e, também, no cotidiano de seus familiares. Neste estudo, verificou-se que a doença proporcionou a união dos familiares, tornando as relações mais amplas e fortalecedoras. A família foi referida como uma fonte de apoio importante e fundamental, para dar seguimento ao tratamento e enfrentar todas as adversidades impostas pela doença. Portanto, pode-se dizer que a família é uma organização dinâmica que busca realizar arranjos diante das limitações impostas pela doença crônica. Muitas vezes, a família busca se reestruturar mudando de papéis e assimilando novas responsabilidades.

Além disso, identificou-se que a fé é uma ferramenta que auxilia no tratamento e, também, funciona como mola propulsora, dando forças para seguir em frente, trazendo a esperança de um amanhã melhor. Não se pode deixar de colocar a importância do serviço de diálise, o qual mantém uma relação muito positiva com os clientes e familiares, sendo visto como um local que não apenas presta cuidados, mas também auxílio nas diferentes situações.

Além disso, observou-se que os parentes, amigos e vizinhos, também, são fontes de apoio externo, ao contrário da escola, que pode ser causa de conflitos, possivelmente por desconhecer a situação que vivencia o cliente portador de doença renal crônica em tratamento dialítico. Dessa forma, saliente-se a necessidade de o cliente e sua família receberem atenção e dedicação dos profissionais de saúde, pois pequenas atitudes podem e mudam, significativamente, o modo de ver o cuidado prestado.

Diante desses aspectos, coloca-se a importância de conhecer as redes apoiadoras da família e do cliente renal, pois, assim, pode-se direcionar o olhar e as formas de cuidar na doença renal crônica.

REFERÊNCIAS

1. Marcon SS, Waidman MAP, Carreira L, Decesário MN. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª. ed. Maringá: Eduem; 2004. p. 265-81.

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Iniciativa para conjunto de ações para redução multifatorial de enfermidades não transmissíveis, Brasília: OPAS; 2003.

3. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol. 2004 ago; 26(3):1-3.

4. Zillmer JGV. Perfil dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal ambulatorial contínua de agosto de 2006 a agosto de 2007. 2007. [monografia]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas-UFPel; 2007.

5. Silva F, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. REME Rev Min Enferm. 2006 jan/mar; 10(1):18-23.

6. Schwartz E. O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil*:* uma perspectiva ecológica. 2002. 202p. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC; 2002.

7. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

8. Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Rev Latinoam Enferm. 2002 set/out; 10(5):709-14.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.

10. Enelow AJ, Forde DL, Brummel Smith K. Entrevista clínica e cuidados ao paciente. Lisboa: Climepsi; 1999.

11. Silva LF, Guedes MVC, Moreira, RP, Souza ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. Rev Acta Paul Enferm. 2002 jan/mar; 15(1):40-7.

12. Rosa DP, Nogueira WP. Reações emocionais de pacientes submetidos à hemodiálise. Rev Bras Med. 1990 ago; 47(8):365-70.

REME v13 n2.pmd 200 15/1/2010, 16:44

13. Martini AM, Sousa FGM, Gonçalves APF, Lopes MLH. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. Rev Eletrônica Enferm. 2007 maio/ago; 9(2):329-43.

14. Messa AA. O impacto da doença crônica na família. 2008 [Citado em 2009 mar 02]. Disponível em: http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm

15. Muniz RM. Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008. 243p.

16. Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. Rev Latinoam Enferm. 2007 jan/fev; 15(1): p. 42-7.

17. Dyniewicz AM, Zanella E, Kobus LSG. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. Rev Eletrônica Enferm. 2004; 6(2):199-212.

18. Lima AFC, Gualda DMR. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. Rev Esc Enferm USP. 2001 set; 35 (3): 235-41.

19. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor – A cultura e as alternativas populares. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 mar; 12(1):90-6.

20. Medonça DP. Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. [dissertação]. Goiás (GO): Universidade Católica de Goiás, 2007.164p.

Data de submissão: 7/5/2009
Data de aprovação: 10/10/2009

REME v13 n2.pmd 201 15/1/2010, 16:44

PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NEONATAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

BREASTFEEDING PRACTICES AMONG POSTPARTUM WOMEN DURING NURSING CONSULTATIONS IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTER

PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA ENTRE PUÉRPERAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEONATAL DE UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Marialda Moreira Christoffel[1]
Monique Gomes Votto[2]
Christiane Garcia Allevato[2]
Manuela Dias Vieira Ambrósio[2]
André Selleri Araújo[2]

RESUMO

Estudo descritivo-exploratório, cujos objetivos foram averiguar a prática da amamentação de puérperas que levaram o filho recém-nascido na unidade básica de saúde e avaliar os passos para o sucesso da amamentação durante a consulta de enfermagem. A amostra reuniu 13 puérperas que levaram seu filho para a consulta de enfermagem em uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada mediante um formulário. Os resultados evidenciam que 84,6% (11) referiram que os bebês mamam em ambos os seios, 76,9% (10) oferecem mamadas com frequência, 38,4% (5) responderam que a duração das mamadas foi de aproximadamente 20 minutos. Recomenda-se manter uma rede de apoio à puérpera, ao recém-nascido e à sua família para o sucesso do aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Diagnóstico de Enfermagem; Período Pós-Parto; Recém-nascido.

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study that aims to assess the breastfeeding practices among postpartum women in a primary health care center, as well as to evaluate the steps for a successful breastfeeding during a nursing consultation. The sample was composed by 13 women who took their children to a nursing consultation in a primary health care center in the city of Rio de Janeiro. A specific form was used to collect data. Results show that 84.6% (n=11) of the patients used both breasts to feed their babies; 76.9% (n=10) offered unrestricted breastfeeding, and 38.4% (n=5) referred that breastfeeding time was approximately 20 minutes. It is recommended to maintain a support network for postpartum women, newborns and their families to provide a successful breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Nursing Diagnosis; Postpartum Period; Infant, Newborn.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo realizado con el objetivo de investigar la práctica de lactancia materna entre puérperas que llevaron a su hijo recién nacido a una unidad básica de salud y evaluar los pasos para amamantar correctamente durante la consulta de enfermería. La muestra reunió a 13 mujeres que llevaron a su hijo para la consulta de enfermería a una unidad básica de salud del municipio de Rio de Janeiro, con recogida de datos en un formulario. Los resultados indicaron que 84,6% (11) informó que los niños se alimentaban de los dos pechos, 76,9% (10) ofrecían el pecho con frecuencia, el 38,4% (5) respondió que la duración de la lactancia era de cerca de 20 minutos. Se recomienda mantener una red de apoyo a la puérpera, al recién nacido y a su familia para que la lactancia materna se lleve a cabo con éxito.

Palavras clave: Lactancia materna; Diagnóstico de Enfermería; Periodo de Posparto; Recién Nacido.

[1] Professora adjunta do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Projeto de Extensão *Consulta de enfermagem neonatal:uma alternativa para a assistência, período 2002-2006* pela Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: marialdanit@gmail.com.

[2] Enfermeiros. Bolsista de Extensão UERJ e PIBIC/UERJ que participaram do Projeto Extensão: *Consulta de enfermagem neonatal: uma alternativa para a assistência, período 2002-2006*.
Endereço para correspondência: Estrada do Engenho da Pedra, 1530 Ap. 201, Olaria-RJ. CEP: 21031-030. Telefones: 0xx21 2560-7852 / 9219-7824. E-mail: moniuerj@yahoo.com.br.

REME v13 n2.pmd 202 15/1/2010, 16:44

INTRODUÇÃO

Atuando como bolsistas do Projeto de Extensão "Consulta de Enfermagem Neonatal", deparamos com algumas dificuldades das mães/famílias em relação ao aleitamento materno. Muitas vezes, esclarecemos dúvidas e mitos a respeito da amamentação, principalmente, buscando ouvir as mães e compreender-lhes as apreensões, encorajando-as para a promoção, proteção e apoio da amamentação, além do cuidado integral com o filho.

Nesse contexto, docentes e bolsistas participaram de um treinamento da aplicação dos princípios básicos do aconselhamento no Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão, local da inserção do Projeto de Extensão em tela, a fim de praticar o acolhimento e a assistência à mulher, ao bebê e à família. Esses docentes e discentes, juntamente com o grupo de profissionais de saúde, também participaram da reestruturação do espaço designado "Sala de Amamentação", atuando nas atividades de práticas educativas e de assistência que promovem, protegem e apoiam a amamentação após a alta hospitalar, ainda na primeira semana de vida da criança.

A consulta de enfermagem à criança é uma atividade que se insere no Sistema de Saúde a fim de aumentar o âmbito de abrangência de atendimento à criança e à sua família, visando melhorar-lhes a qualidade da assistência prestada, contribuindo para a aplicação dos princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde.[1-3]

Esse sistema estabelece que a porta de entrada seja a rede básica de saúde, que é responsável pela assistência pré-natal à gestante de baixo risco e pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Uma das ações de saúde que ocorrem na unidade básica de saúde (UBS) à criança é a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Como discentes, aprendemos na graduação que o aleitamento materno apresenta vantagens tanto para a mulher – como involução uterina, proteção contra anemia, proteção contra o câncer de mama e ovário, proteção contra doenças degenerativas, efeito contraceptivo, além dos aspectos psicológicos (fortalecimento do vínculo, diminuição da ansiedade e maior interação mãe/filho) e econômicos – como para o bebê – proteção contra doenças, infecções, alergias, neoplasias, diabetes, desnutrição, contra problema motor oral e suas consequências, desenvolvimento infantil, melhor equilíbrio emocional, aspecto econômico – além de vantagens para a família.[4-7]

A amamentação é uma das principais práticas que promovem a saúde, estando associada à diminuição de doenças e à mortalidade na infância, com reflexos positivos durante toda a vida.[1-5] O Ministério da Saúde vem desenvolvendo múltiplas ações para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno nas últimas décadas, tais como: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); Bancos de Leite Humano; Método Canguru de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso; e, nos últimos anos, a implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM).[4-10]

Apesar de a promoção da amamentação ser alvo de políticas públicas no Brasil, a prevalência de aleitamento materno (AM) ainda não corresponde à preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda essa prática como forma de alimentação exclusiva até os seis meses e associada a outros alimentos até os dois anos ou mais.[4-10]

Estudos[10-18] mostram que, apesar de 71% das crianças brasileiras iniciarem a amamentação no primeiro dia de vida, o início do desmame é precoce. Contudo, estudos realizados nas últimas três décadas no Brasil mostram que a duração mediana do AM passou de 2,5 meses em 1975 para 9,9 meses em 1999, caracterizando, assim, o resgate dessa prática em âmbito nacional. Também foi observado o aumento na prática do AM exclusivo (AME) entre os lactentes menores de quatro meses, que passou de 3,6% em 1986 para 35,6% em 1999.

Estudos recentes[10-18] realizados em alguns municípios brasileiros, como Botucatu e Rio de Janeiro, também têm verificado o aumento da prática de AME entre crianças menores de seis meses e de AM no primeiro ano de vida. Considerando que o desmame precoce ainda é frequente no Estado do Rio de Janeiro, propiciando o aumento da morbimortalidade infantil, podemos observar a necessidade da implementação de ações efetivas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na assistência primária à saúde. Essas ações tornam-se indispensáveis para o restabelecimento do hábito cultural da amamentação e da prevenção da morbimortalidade infantil.[10-23]

A IUBAAM tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a mobilização das unidades básicas de saúde para a adoção dos *Dez Passos para o Sucesso da Amamentação*. Essa iniciativa foi criada no Estado do Rio de Janeiro, em 1999, e implementada pela Secretaria Estadual de Saúde/RJ/PAISMCA com o apoio do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao aleitamento materno.[4-6]

Toda unidade básica de saúde que tenha pré-natal e pediatria pode se tornar uma Unidade Básica Amiga da Amamentação (UBAAM) e para isso deve cumprir os *Dez Passos para o Sucesso da Amamentação*. Esses passos foram desenvolvidos com base em uma revisão sistemática que abrangeu intervenções experimentais e quase experimentais conduzidas nas fases de pré-natal e acompanhamento da mãe e do bebê e que tiveram efetividade em estender a duração da amamentação.[4-7]

A recomendação no Passo 1 é de que toda unidade deve ter uma norma escrita quanto à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde. Nessas normas e rotinas, a equipe deve ter uma

REME v13 n2.pmd 203 15/1/2010, 16:44

conduta comum, consensual e clara do que compete a cada setor. Além disso, essas normas devem ser escritas em linguagem simples e acessível a gestantes, mães, familiares e funcionários.[4-7]

No Passo 2, esclarece-se que todos os membros da equipe materno-infantil devem ser capacitados em cursos de promoção, proteção e apoio à amamentação, e aqueles que não atuam diretamente com gestantes e/ou mães e bebês, mas cuja clientela os contempla ocasionalmente, podem ser capacitados em cursos de menor duração.[4-7]

No Passo 3, determina-se que as gestantes e mães devem ser orientadas quanto aos direitos e às vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos de vida ou mais.

No Passo 4, recomenda-se que o profissional de saúde, numa postura de aconselhamento, escute as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo-lhes a autoconfiança. Receber toda puérpera que procura o serviço de saúde com escuta qualificada estabelecendo uma relação cidadã e humanizada também faz parte da estratégia da Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança na redução da mortalidade Infantil, no qual uma das treze linhas de cuidado trata da Primeira Semana Integral ao Recém-Nascido.[8]

O atendimento da mulher e da criança nessa modalidade é a construção de um novo modo de ver a criança com responsabilidade social, construção de novos valores da sociedade, compromisso e construção da cidadania.[7-8,20] Dentre essas linhas de cuidado, uma delas tem como ações da primeira semana de saúde integral: teste do pezinho, vacinas (BCG e Hepatite B), avaliação da saúde do bebê e da mãe, avaliação do aleitamento materno, além de estabelecer um vínculo entre a família e a Unidade de Saúde.[8]

No Passo 5, os profissionais de saúde são orientados a conscientizar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.

No Passo 6, mostra-se às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos. O principal fator de prevenção dos traumas mamilares e do estabelecimento de uma mamada efetiva é o correto posicionamento do bebê ao peito para o desenvolvimento de uma pega adequada.

No Passo 7, trata-se da orientação as nutrizes sobre o método da amenorreia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação. É importante que se converse com as mães sobre as alternativas de contracepção seguras.

No Passo 8, recomenda-se encorajar as mães à amamentação sob livre demanda, que significa amamentar sem horário e/ou duração prefixados, tanto de dia quanto à noite.

No Passo 9, as gestantes e mães são orientadas sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações desses produtos na unidade de saúde.

No Passo 10, sugere-se aos profissionais de saúde implementar grupos de apoio à amamentação acessível a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares. O envolvimento de familiares e amigos deve ser realizado desde o pré-natal ou por meio de visitas domiciliares.

Neste estudo, tem-se como objetivos averiguar a prática da amamentação de puérperas que levaram seu filho recém-nascido na unidade básica de saúde para a consulta de enfermagem e avaliar os passos para o sucesso da amamentação durante a consulta de enfermagem. Para que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos de idade seja bem-sucedido, é importante que, além de a mãe estar motivada, o profissional de saúde, principalmente de enfermagem, conheça a história da amamentação e a observação de uma mamada durante a consulta para ajudar no sucesso da amamentação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro que realiza a estratégia "Acolhimento mãe-bebê". A amostra foi composta por 13 puérperas que apresentaram alguma dificuldade no manejo da amamentação e levaram seus filhos nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar da maternidade para realizar o teste do pezinho e a vacina BCG.

A amostra foi utilizada por conveniência, isto é, as participantes foram convidadas a participar da pesquisa à medida que concordavam com os objetivos propostos no estudo. No critério de inclusão, foram observadas as puérperas que apresentaram alguma dificuldade no manejo da amamentação nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar da maternidade e que concordaram em participar da pesquisa.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o formulário de história de amamentação contendo os seguintes itens: alimentação atual do bebê; saúde e comportamento do bebê; gravidez, nascimento, primeiros alimentos; situação materna e planejamento familiar; experiência anterior com amamentação e situação familiar e social. Esse formulário ajuda na aplicação dos princípios básicos do aconselhamento com as mães. As entrevistas foram realizadas na sala de amamentação dessa unidade de saúde, local acolhedor e confortável para as entrevistadas.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi entregue a cada uma das puérperas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pela Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Município do Rio de Janeiro sob o nº 42/05. A coleta dos dados foi realizada

REME v13 n2.pmd 204 15/1/2010, 16:45

no período de novembro de 2005 a fevereiro de 2006. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e a discussão dos resultados foi baseada nos *Dez Passos para o Sucesso da Amamentação* e na literatura sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base na historia da amamentação de cada uma das puérperas, os resultados apontam uma proporção do cumprimento da maioria dos *Dez Passos para o Sucesso da Amamentação*. Os Passos 1, 2, 3 e 4 foram possíveis de ser vistos na unidade, já que todos os profissionais estavam envolvidos em obter a certificação. No momento da entrevista, foi possível observar e realizar os passos 6, 7, 8, 9 e 10. O Passo 5, de acordo com o relato das mães, foi o menos realizado.

Em relação ao item 1, **alimentação atual do bebê**, das 13 mães que responderam ao formulário, 84,6% (11) disseramam que os bebês mamam ambos os seios, 76,9% (10) responderem que oferecem mamadas com frequência (durante o dia e à noite/madrugada), enquanto 38,4% (5) responderam que a duração das mamadas foi de aproximadamente 20 minutos.

Os benefícios do aleitamento materno sob livre demanda para o bebê incluem menor perda de peso no período imediatamente após o parto e subsequente aumento na duração da amamentação, o que é preconizado pelo Passo 8, que reforça o aleitamento materno sob livre demanda, sem horários ou duração prefixados tanto de dia como à noite.

Os Passos 4, 6 e 10 são essenciais para que as ações de enfermagem e de outros profissionais de saúde sejam efetivas. É importante valorizar as experiências positivas ou negativas anteriores à amamentação. Numa postura de aconselhamento devemos buscar compartilhar a vivência presente expressa pela mulher, proporcionando-lhe apoio e fortalecendo-lhe a autoconfiança. Orientações quanto ao correto posicionamento e pega foram realizados no pré-natal e na maternidade.

Em relação ao "complemento", 76,9% (10) disseram que não ofereciam água, sucos fazendo o aleitamento materno exclusivo, 15,8% (2) fazem aleitamento predominante e apenas uma está usando a mamadeira na alimentação. Atualmente, as diferentes modalidades de aleitamento materno praticadas pelas mães são: *aleitamento materno*: a criança recebe leite materno; *aleitamento materno exclusivo* (AME): o bebê recebe somente leite materno (diretamente do peito ou ordenhado) e nenhum outro líquido ou sólido (com exceção de medicamentos, suplementos minerais ou vitaminas); *aleitamento materno predominante*: o bebê recebe leite materno acrescido apenas de água e/ou de líquidos à base de água (como chás, sucos de frutas, soro de reidratação oral); e a maioria das mães amamenta seus filhos exclusivamente.

Estudo realizado por Castro[16] mostra a prevalência de AME no município do Rio de Janeiro (31,0%) em crianças menores de quatro meses de vida. Sabemos que o Passo 3 da UIBAMM se mostrou efetivo, já que a maioria das mães faz o aleitamento materno exclusivo sob livre demanda.

A recomendação é o aleitamento materno até os seis meses de vida e complementado até os dois anos. Os alimentos e líquidos oferecidos aos bebês menores de seis meses são menos nutritivos que o leite materno e interferem na biodisponibilidade de nutrientes específicos maternos, além de estarem sujeitos a contaminação.[5-9] No Passo 9, saliente-se, ainda, que o uso de fórmulas infantis prejudicam a amamentação porque diminuem a fome do bebê, ao intervirem na livre demanda, espaçando as mamadas ou reduzindo sua duração e propiciando o desmame. Durante a consulta de enfermagem, deve-se atentar para as causas do desmame e apoiar a mãe para a mudança de atitude. Experiências negativas, como dificuldades do tipo ingurgitamento mamário, fissuras, mastite, podem ser risco para o desmame precoce.

Em relação à "alimentação complementar", a criança recebe leite materno complementado por alimentos sólidos, semissólidos e/ou outros líquidos e a alimentação por mamadeira: a criança recebe líquidos ou alimentos semissólidos em mamadeira.[1-5]

Em relação ao item 2, **saúde e comportamento do bebê**, observamos que 38,4% dos recém-nascidos (5) pesavam entre 2.500 g até 3 g ao nascer, sendo que 61,5 % (8) nasceram prematuros ou com baixo peso. Desses, apenas 4 ficaram algumas horas na unidade neonatal. O nascimento de um bebê prematuro ou de baixo peso representa uma situação de risco à não amamentação ou ao desmame precoce, e os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem estar atentos a essas situações, a fim de propiciar atitudes favoráveis ao aleitamento materno no alojamento conjunto e na unidade neonatal.[8-11]

Vale salientar que, em relação ao sistema de alojamento conjunto, 59,2% (9) permaneceram com o filho no alojamento conjunto após o nascimento, enquanto 40,8% (4) permaneceram por algumas horas na unidade neonatal. O alojamento tem efeitos benéficos tanto na amamentação quanto na relação mãe-filho. O efeito do aleitamento materno pode, em parte, por causa do alojamento conjunto, facilitar a livre demanda. [10-12]

Os benefícios do aleitamento materno para as crianças nascidas pré-termo são incontestes, mas as taxas de aleitamento materno entre essas crianças ainda são muito inadequadas.[11-23] A literatura apresenta poucos trabalhos com análise específica do aleitamento materno em crianças de muito baixo peso ao nascer. Existe carência tanto de propostas de modelos intervencionistas de suporte materno e de incentivo ao aleitamento natural em crianças pré-termo como de avaliações com respeito à evolução dessas crianças dada sua maior vulnerabilidade e imaturidade fisiológica. Estratégias que facilitem suporte tanto para a mãe quanto ao recém-nascido precisam ser estimuladas.

REME v13 n2.pmd 205 15/1/2010, 16:45

Em relação à "diurese e evacuações", 61,5% (8) responderam que o volume urinário do seu filho é de seis vezes ao dia, enquanto 38,4% (5) referiram que não sabiam o número de vezes das eliminações exatamente. A maioria das mães 76,9% (10) respondeu que as fezes de coloração amarelada e de consistência semilíquida.[23]

A diurese é frequente e com volumes pequenos, sendo o número de micções de seis a oito vezes por dia, o que indica um volume suficiente de leite materno, enquanto as eliminações de fezes também são frequentes, em geral, oito a dez evacuações por dia. O aspecto inicial das fezes é de cor escura, meconiais, que progressivamente se tornam amareladas e de consistência líquida e semilíquida.[23]

Em relação ao "comportamento do bebê", 53,8% (7) responderam que o bebê tem bom sono, dorme tranquilo, enquanto 46,2% (6) acordam com frequência, apresentando choro e/ou agitação. Em geral, os recém-nascidos costumam dormir grande parte do dia, em média de 15 a 16 horas, despertando quando sentem fome ou algum desconforto. Entretanto, o padrão de sono foge da normalidade, sendo necessário que durante a consulta de enfermagem situações de estresse familiar, excesso de estímulos durante o dia ou dor devem ser analisados individualmente.[23] Durante o processo de amamentação, a mulher depara com essas dificuldades e a escuta, bem como a empatia e grupos de apoio fortalecem a autoconfiança e atitude da mulher/família. Os Passos 4, 6 e 10 são importantes ações que devem ser realizadas durante a consulta de enfermagem.[1-3]

Em relação ao item 3, **gravidez, nascimento, primeiros alimentos**, das 13 mães entrevistadas, 92,3% (12) realizaram o pré-natal, enquanto 30,7% (4) realizaram, pelo menos, seis consultas. Em relação ao "início do pré-natal", 59,3% (9) puérperas referiram que iniciarem o pré-natal no primeiro trimestre. Somente 7,7% (1) delas referiram que tiveram intercorrência na gravidez (descolamento placenta).

A atenção pré-natal pode reduzir a mortalidade mediante detecção e tratamento das doenças maternas, manejo da nutrição materna, vacinação contra o tétano e aconselhamento contra o fumo e bebida alcoólica, que contribuiriam para reduzir o número de mortes por partos prematuros, baixo peso ao nascer. O pré-natal deve ser realizado o mais precocemente para que se possa detectar e tratar quaisquer complicações. Além disso, o principal benefício da preparação do pré-natal é ajudar a mulher a otimizar o aleitamento materno e evitar dificuldades, uma vez que essas orientações fortalecem a confiança e as habilidades da mãe.[7-12-15]

Em relação ao "tipo de parto", podemos observar que 53,8% (7) dos partos foram cesáreas. A duração do aleitamento materno não tem mostrado diferenças entre as crianças nascidas de parto normal e cesariana. Entretanto, estudos[7-13-15] mostraram que quando as crianças nascem por cesariana eletiva apresentam um risco três vezes maior de serem desmamadas no final do primeiro mês de vida. No Brasil, mais de 90% dos partos acontecem em hospitais e com altos coeficientes de cesáreas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que não mais de 15% de todos os partos sejam por cesariana.[10]

Observamos que a maioria das puérperas referiu que, no momento do parto e nascimento, os filhos não iniciaram a amamentação, apenas 15,4% (2) das mães tiveram contato inicial com seu filho na primeira hora e apenas 7,7% (1) responderam que o peito foi oferecido na primeira mamada no alojamento conjunto.

Embora no Passo 5 recomende-se o início da amamentação na sala de parto ou no centro cirúrgico, enquanto a mãe e o bebê estão em alerta e interagindo de forma que o contato pele a pele propicie a sucção de forma natural e espontânea, ainda não é uma prática realizada em muitas maternidades brasileiras. Os profissionais devem estar atentos a essa prática ainda na sala de parto, contribuindo, assim, para a saúde e bem-estar dos bebês e das mães. Estudos[14] revelam que as mulheres que vivenciam a amamentação imediatamente após o parto e que amamentam frequentemente são mais bem-sucedidas no processo de amamentação.

O contato precoce desde o parto e o nascimento aumenta o aleitamento materno, por isso o contato pele a pele deve ser iniciado tão logo quanto possível após o parto. O início precoce da amamentação propicia a sucção precoce e ajuda a estabelecer um padrão de sucção efetiva, propiciando o elo mãe-filho. Preferencialmente, o bebê deve ser colocado junto da mãe de forma contínua a partir do nascimento e deve-se permitir que ele pegue o peito espontaneamente sempre que mostrar sinais de que está preparado.[10]

Em relação à "alta hospitalar", 53,8% (7) das mães não receberam orientações de procurar a unidade de saúde mais próxima de residência, enquanto 46,2% (6) relataram que foram encaminhadas ao posto de saúde mais próximo do domicílio delas. O programa *Acolhimento mãe-bebê*[11] tem como objetivo estabelecer referência para uma recepção humanizada na rede básica após a alta da maternidade integrando e otimizando ações direcionadas à mãe e o bebê até o 5º dia de vida, além de estabelecer o vínculo da família com a unidade básica de saúde. Mas ainda está sendo implementado nas maternidades que não são da rede municipal.

Quanto ao item 4, **situação materna e planejamento familiar**, das 13 mães entrevistadas, 84,6% (11) tinham idade entre 19 a 24 anos, eram casadas ou viviam em união consensual e possuíam escolaridade em nível fundamental incompleto. Estudos revelam que a retomada da prática da amamentação tem sido mais comum entre as mães com mais escolaridade e maior nível socioeconômico.[12] Além disso, os problemas relacionados aos hábitos e cultura materna, comumente, são relatados como influenciadores na prática da amamentação.

Em relação ao planejamento familiar, 84,6% (11) utilizaram algum método anticoncepcional e apenas 15,4% (2) das mães responderam não ter algum método anticoncepcional. De acordo com o Passo 7, os

REME v13 n2.pmd 206 15/1/2010, 16:45

anticoncepcionais combinados à base de progestágenos e estrógenos afetam a composição do leite materno e reduzem a quantidade de leite produzido. Métodos como amenorreia lactacional, preservativo masculino e/ou feminino, dispositivo intrauterino, diafragma e geleias espermicidas são adequados às nutrizes. Durante o acolhimento mãe-bebê, uma das ações de enfermagem na consulta é orientar a mãe e agendar para o planejamento familiar.[13-15] É importante que se converse com as mães sobre as alternativas de contracepção seguras.

Em relação às dificuldades para amamentação atual, 100% (13) das puérperas responderam que apresentaram algum problema, como fissuras e rachaduras no peito, em decorrência da pega e da posição incorreta, necessitando, pois, de orientação do profissional. Durante a consulta de enfermagem neonatal, é importante a enfermeira observar mãe e bebê na amamentação, avaliar sinais de que a pega da aréola está correta possibilitando uma sucção eficiente, se a mãe e o bebê estão numa boa posição e se o ciclo sucção-deglutição-respiração está presente, como recomendado no Passo 6.

Quanto ao item 5, **experiência anterior com amamentação**, das 13 mães entrevistadas, 46,6% (6) não tiveram experiência anterior com amamentação, enquanto 53,8% (7) responderam que amamentaram outros filhos. A amamentação é uma prática que depende não somente das condições sociais e culturais, mas também de como a mulher vê o seu corpo e o que ela pensa e sabe sobre a amamentação. É de suma importância que a enfermeira, durante a consulta de enfermagem neonatal, conheça as dúvidas das mães, seus valores e crenças, a fim de manter uma relação de ajuda e confiança mútuas.

Em relação ao uso de mamadeira, apenas 30,3% (4) das mães não a utilizam. Os efeitos negativos do uso da mamadeira têm sido amplamente discutidos. Autores revelam que a introdução da mamadeira é uma prática precoce em todo o Brasil. O uso de mamadeiras pode retardar o estabelecimento da lactação por confundir o reflexo de sucção, e isso repercute no estímulo de sucção e produção de leite, além de estar associada à má oclusão dentária, cárie rampante, otite média.[13,14.]

Observamos que 53,8% (7) dos recém-nascidos utilizavam chupeta. Existe uma evidência de que uso de chupetas está associado ao término precoce do aleitamento materno. Durante a consulta, o enfermeiro deve estar atento ao Passo 9 e orientar a mãe/família a utilizar copinhos ou xícaras quando as mães saem para o trabalho ou outro compromisso.

Estudos[8-23] mostram que o uso da mamadeira poderia ser facilmente evitado com a utilização de xícara, método seguro para alimentar recém-nascido, o qual, além de não interferir no mecanismo de sucção do lactente, é prático e de baixo custo. Em relação ao que atrapalhou na amamentação, apenas uma (7,7%) respondeu que a desnutrição atrapalhou o processo de aleitamento e uma (7,7%), que a equipe de profissionais durante o parto foi quem mais ajudou no incentivo a amamentação. O apoio dos profissionais de saúde e o apoio da família, então, estão associados a uma prática positiva da amamentação.[10-15]

Em relação ao item 6, **situação familiar e social**, das 13 mães, 46,6% (6) possuem ajuda para cuidar do bebê. Podemos observar que apenas 15,4% (2) das mães responderam que têm condições econômicas acima de três salários mínimos.

Em relação ao que os outros dizem sobre amamentação, as 13 mães disseram que "o médico orientou"; "o leite é fraco, insuficiente"; "o leite é suficiente";"não parei de dar o peito";"tenho consciência de que o aleitamento é bom"; "conto com o apoio familiar".

O estímulo e o apoio ao aleitamento materno na consulta de enfermagem desde o pré-natal até o pós-natal é um momento apropriado para a promoção do processo de amamentação.

CONCLUSÃO

Para que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, possam apoiar as mães durante a amamentação, devem se mostrar disponíveis, aplicar as habilidades de aconselhamento, procurando conhecer-lhes um pouco da história e do contexto onde vivem.

É importante manter uma rede de apoio à criança a fim de promover a saúde e reduzir a mortalidade infantil. Além disso, os *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* na unidade básica de saúde devem ser conhecidos por todos e inseridos no currículo de graduação e especialização visando ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

A consulta de enfermagem neonatal requer que alunos e docentes estejam inseridos no processo de amamentação com escuta sensível, compreendendo os valores e práticas culturais a fim de mudar as atitudes em relação a o aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro CA, Silva CV, Saparolli ECL. Consulta de enfermagem à criança num projeto de integração docente-assistencial: experiência de implantação. Acta Paul Enferm. 2002; 15 (2):79-88.

2. Nunes CB, Silva CV, Fonseca AS. Ouvindo as mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos. Acta Paul Enferm. 2003; 16(3):31-40.

3. Oliveira VC, Cadete MMM. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. REME Rev Min Enferm. 2007; 11:77-80.

4. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde/OMS, Fundo das nações Unidas para a Infância/ UNICEF. Manejo e promoção do aleitamento materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Iniciativa Hospital amigo da criança: passo 2. Brasília: MS/UNICEF; 1993.

REME v13 n2.pmd 207 15/1/2010, 16:45

5. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Apostila treinamento Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação/IUBAMM. Rio de Janeiro: SMS; 2005.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaia de Políticas de Saúde. Relatório Preliminar da Reunião Conjunta OPAS/OMS e UNICEF. Genebra: WHO; 1991.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto, e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para o cuidado integral da criança para diminuição mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Evidências Científicas. Os dez passos para o sucesso no aleitamento. Brasília: OMS; 2001.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável e guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

11. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia ES, Carvalho FLP, Pascotto RC et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José Rio Preto. Cad Saúde Pública. 2004; 20:172-9.

12. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2001; 35(5): 409-14.

13. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. 2ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: BEMFAM; 1999.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

15. Ferreira L, Parada CM, Carvalhaes MA. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. Rev Nutr. 2007; 20:265-73.

16. Castro IR, Silva MA, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RV, Engstrom EM. Evolução do aleitamento materno no município do Rio de Janeiro no período de 1996 a 2003. Rio Estudos. [Citado em 2007 fev 05]. Disponível em http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/22_evolução%20do%20aleitamento%20materno%20de%201996%20a%202003.PDF.

17. Oliveira MI, Camacho LA, Souza IE. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad Saúde Publica. 2005; 21:1901-10.

18. Brasil.Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 2.673 de 02 de março de 2005. Rio de Janeiro: SES; 2005. [Citado em 2007 out 04]. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/publicacoes/Res2673.shtml].

19. Victora CG, César JA. Saúde materno-infantil no Brasil: padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. Rio Janeiro: Medsi; 2003.

20. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folleto JL, Lermen NR. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev Saúde Pública. 2000; 34:143-8.

21. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 1998; 32:225-31.

22. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da região Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3(3):305-14.

23. Nader SS, Pereira DN. Atenção Integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Data de submissão: 11/4/2008
Data de aprovação: 11/8/2009

REME v13 n2.pmd 208 15/1/2010, 16:45

A CONSERVAÇÃO DE VACINAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

CONSERVATION OF VACCINES IN PRIMARY HEALTH CARE CENTERS FROM A TOWN IN MIDWEST MINAS GERAIS

LA CONSERVACIÓN DE VACUNAS EN LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN UN MUNICIPIO DE LA REGIÓN CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

Valéria Conceição de Oliveira[1]
Ione Carvalho Pinto[2]
Inês Alcione Guimarães[3]
Eliete Albano de Azevedo Guimarães[4]

RESUMO

Introdução: Os imunobiológicos são produtos termolábeis que necessitam de refrigeração para manter sua capacidade imunizante. É imprescindível a manutenção da Rede de Frio para assegurar a qualidade das vacinas disponibilizadas à população. **Objetivo:** Conhecer o processo da manutenção da Rede de Frio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Material e métodos:** Estudo descritivo realizado em 26 UBS de um município da Região Oeste de Minas Gerais. **Resultados:** Deficiências foram observadas na manutenção da Rede de Frio, como: não exclusividade do refrigerador para armazenamento dos imunobiológicos, disposição inadequada das vacinas no interior do refrigerador e desconhecimento da conduta técnica de limpeza. **Conclusão:** Falhas detectadas podem comprometer a efetividade da imunização. A capacitação dos profissionais responsáveis pela conservação dos imunobiológicos, as condições propícias para o trabalho e a construção de novos conhecimentos sobre Rede de Frio são elementos necessários para adequar a prática, evitando, assim, riscos à qualidade do serviço.

Palavras-chave: Refrigeração; Imunização; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Vaccine products are thermolabile and must be kept cold to preserve its immunological ability. It is therefore primordial to have a good refrigeration system to assure the quality of such products. **Objective**: To understand how the vaccine cold chain works in the primary health care system. **Materials and Methods**: this is a descriptive study which was carried out in 26 primary health care centers from a town in Midwest Minas Gerais. **Results**: Some deficiencies in the vaccine cold chain were noted, such as: refrigerators not exclusive for vaccine products storage, inadequate display of the vaccines inside the refrigerators, and ignorance of technical cleaning procedures. **Conclusion**: Such deficiencies may put at risk the vaccine effectiveness. We conclude that adequate training of technicians, favorable work structure and further knowledge on vaccine cold chain are necessary to improve practice and avoid risks that could compromise the quality of service.

Key words: Refrigeration; Immunization; Nursing.

RESUMEN

Introducción: Los inmunobiológicos son productos termolábiles que precisan refrigeración para mantener su capacidad inmunizante. Es imprescindible mantener la red de frío para garantizar la calidad de las vacunas disponibles para la población. **Objetivo:** conocer el proceso de mantenimiento de la red de frío en las Unidades Básicas de Salud – UBS. **Material y Métodos**: estudio descriptivo realizado en veintiséis UBS de un municipio de la Región Oeste de Minas Gerais. **Resultados**: se observaron defectos en el mantenimiento de la red de frio tales como no exclusividad del refrigerador para almacenamiento de los inmunológicos; disposición inadecuada de vacunas dentro del refrigerador y desconocimiento de la conducta técnica de limpieza. **Conclusión**: las fallas detectadas pueden comprometer la eficacia de la inmunización. La capacitación de los profesionales responsables de la conservación de los inmunológicos, las condiciones propicias para el trabajo y la construcción de nuevos conocimientos sobre la red de frío son fundamentales para adecuar la práctica evitando riesgos a la calidad del servicio.

Palabras clave: Refrigeración; Inmunización; Enfermería.

[1] Enfermeira. Mestre em enfermagem pela UFMG. Especialista em Saúde Pública. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei/MG. E-mail: valeria.oli@oi.com.br.
[2] Enfermeira. Professora livre-docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). E-mail: ionecarv@eerp.usp.br.
[3] Enfermeira mestranda UEMG/FUNEDI. Especialista em Saúde da Família. Gerente de Unidade Básica da Secretaria Municipal de Saúde Divinópolis-MG. E-mail: inesag@oi.com.br.
[4] Enfermeira doutoranda em Ciências da Saúde CPqRR/FIOCRUZ. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Docente da Universidade Federal de São João del Rei-MG. E-mail: elietealbano@ufsj.edu.br ou elietealbano@cpqrr.fiocruz.br.
Endereço para correspondência: Valéria Conceição de Oliveira. Rua José Demétrio Coelho, nº 909/101, centro, Carmo do Cajuru-MG. Tel.: 37 3221 1164. Fax: 37 3221 1614.

REME v13 n2.pmd 209 15/1/2010, 16:45

INTRODUÇÃO

A Rede de Frio ou Cadeia de Frio é o processo de recebimento, armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do *Programa Nacional de Imunizações* (PNI). O objetivo da Rede de Frio é assegurar que todos os imunobiológicos mantenham suas características imunogênicas desde o laboratório produtor até o momento de sua utilização.[1]

Os imunobiológicos são produtos termolábeis que necessitam de refrigeração a fim de manterem sua potência e eficácia. A estabilidade de uma vacina pode ser afetada, também, por outros fatores, como a luz, a umidade e a cepa vacinal. A importância desses fatores sobre a manutenção da qualidade dos imunobiológicos é de tal maneira relevante que sempre foi objeto de norma técnica do PNI, constituindo-se em manual específico: *Manual de Rede de Frio*.[1,2]

As vacinas são conservadas nos diversos níveis em temperaturas específicas levando em conta a composição delas. Em nível nacional, alguns imunobiológicos são conservados em temperaturas negativas, já em nível local são refrigeradas entre +2ºC a +8º C, em refrigeradores exclusivos.

Os refrigeradores, conforme orientação do PNI, *Manual da Rede Frio*,[2] devem ser organizados da seguinte maneira:

- colocar gelo reciclável no congelador;
- na primeira prateleira devem ser colocadas as vacinas que podem ser congeladas, como os imunobiológicos contra a poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola (triviral) e antiamarílica (FA);
- na segunda prateleira vacinas que não podem ser congeladas, como os imunobiológicos dupla adulto (dT), tríplice bacteriana (DPT), tetravalente, BCG, anti-hepatite B;
- na terceira prateleira, podem ser colocados soros e caixas com vacinas bacterianas;
- colocar o termômetro de máxima e mínima na posição vertical, no centro da segunda prateleira;
- retirar a gaveta de legumes e no local dela colocar garrafas de água colorida, que ajudam a manter a temperatura no interior do refrigerador.

Além da organização do refrigerador, outros cuidados básicos também devem ser observados, como:

- fazer a leitura do termômetro interno do refrigerador no início e final da jornada e registrar no mapa de temperatura;
- usar tomada exclusiva para o refrigerador;
- instalar o refrigerador fora de fontes de calor e distante 20 cm da parede;
- o refrigerador deve ser exclusivo para o armazenamento dos imunobiológicos;
- não armazenar qualquer produto na porta do refrigerador;
- fazer o degelo a cada 15 dias ou sempre que necessário (nesse caso considera-se a camada de gelo no interior do congelador, a qual não deve ultrapassar a 0,5 cm);
- manter a porta da geladeira vedada adequadamente.

Na orientação atual do *Manual de Rede de Frio*/PNI,[1] deve-se manter a gaveta de legumes sem tampa e preenchê-la com um número suficiente de garrafas com água e corante.

Equipamentos de refrigeração indevidamente mantidos ou desatualizados, falta de controle da temperatura e pouca compreensão dos danos causados pelas variações de temperatura contribuem para a fragilidade da manutenção da Rede de Frio.[3] Nesse sentido, é indiscutível a importância da manutenção da Rede de Frio para manter a segurança e a eficácia das vacinas.[4-9]

A conservação de imunobiológicos em nível local, principalmente nas UBSs, apesar de incontestável relevância, apresenta falhas significativas que podem colocar em risco a efetividade da imunização não somente em países em desenvolvimento, mas também nos desenvolvidos.[4]

Em estudo realizado em Centros de Atenção Primária na cidade de Madri, com o objetivo de avaliar como se realiza a manutenção da cadeia de frio e o grau de informação dos responsáveis por essa manutenção, os pesquisadores recomendaram um reforço na informação e na formação dos responsáveis pela vacinação.[5]

Em outra pesquisa realizada na Bolívia para monitorar a cadeia de frio. detectou-se que metade dos profissionais de saúde responsáveis pela imunização mostrou baixo conhecimento sobre a probabilidade e as consequências do congelamento das vacinas.[9]

Estudos realizados no Brasil também apontam falhas no cumprimento das recomendações para a conservação das vacinas. Na cidade de Bocaiúva, interior de Minas Gerais, foi realizado um estudo para avaliar a efetividade da vacina antiamarílica utilizada pelos serviços de saúde pública. Os pesquisadores observaram que a soropositividade para o vírus amarílico ficou abaixo dos níveis esperados, levando-os a concluir que esse resultado pode ser atribuído a possíveis falhas operacionais na conservação e aplicação das vacinas.[10]

Na nossa experiência como enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde temos evidenciado uma diversidade de condutas na conservação dos imunobiológicos nas diversas UBSs e até mesmo numa única Unidade. Percebemos, também, ocorrências impróprias, como a presença de vacinas que deveriam já ter sido desprezadas em razão do tempo de diluição, armazenadas nos refrigeradores e ainda refrigeradores organizados de forma inadequada, não atendendo às especificações das normas técnicas do PNI/MS.

Essa realidade inquietou-nos e motivou-nos a realizar um estudo para melhor dimensionamento dessa divergência de condutas percebida na conservação de vacinas nas UBSs. Com este estudo buscamos responder às seguintes perguntas:

REME v13 n2.pmd 210 15/1/2010, 16:45

1. Os responsáveis pela manutenção da Rede de Frio em nível local cumprem as recomendações do PNI?
2. Existem divergências de condutas na manutenção da Rede de Frio nas diversas UBSs?

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em um município da região oeste de Minas Gerais, em 100% das UBSs (27), sendo 12 delas dos Programas de Saúde da Família (PSF).

O município encontra-se a 123 km de Belo Horizonte e possui uma população de 210 mil habitantes (IBGE/ 2007). Atualmente é a cidade Polo Regional de Saúde. No município há duas escolas de enfermagem de nível técnico e uma de nível superior.

Após assinatura do termo de consentimento pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde, foram agendados encontros com os gerentes e enfermeiros responsáveis técnicos das UBSs para esclarecimentos sobre o estudo e conformidades necessárias para a participação dos sujeitos envolvidos com a Rede de Frio.

O estudo foi realizado durante o período de maio a junho de 2005. A população participante constituiu-se de 70 profissionais de enfermagem (21 enfermeiros e 49 auxiliares de enfermagem), responsáveis pela vacinação na atenção primária em saúde.

Os dados foram coletados por duas pesquisadoras integrantes do projeto, que utilizaram entrevistas estruturadas e um roteiro de observação enfocando a conservação dos imunobiológicos na prática diária da enfermagem. Para a realização da coleta de dados, foi utilizado como referencial o *Manual de Rede de Frio*/PNI de 2001. As pesquisadoras realizaram um teste piloto objetivando evitar divergências de entendimento, reduzindo a possibilidade desse viés. Os dados foram organizados e sistematizados no programa Epi-info, versão 6,0.

Este estudo foi realizado com a observância da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), e aprovado pelo Conselho de Ética do Hospital São João de Deus (MG).

RESULTADOS

Os sujeitos da pesquisa foram 70 entrevistados, sendo 30% enfermeiros e 70% auxiliares de enfermagem. Essa amostra representa 91% da totalidade dos 23 enfermeiros e 64% do total de 73 auxiliares responsáveis pela imunização nas UBS do município.

A média de idade dos participantes foi de 39 anos, sendo a mínima 22 anos e a máxima, 62 anos. O sexo predominante foi o feminino, com 91,4% dos participantes.

Quanto ao tempo de serviço em sala de vacina, 8 entrevistados (11,4%) tinham menos de um ano de experiência, sendo que 4 deles tinham apenas um mês de trabalho, 31 participantes (44,3%) apresentavam entre 4 e 10 anos de experiência em sala de vacina e 51 (72,9%), a maioria, possuíam experiência superior a quatro anos na atividade.

Verifica-se, por meio dos resultados, que 26 entrevistados (37,1%) participaram de capacitação em imunização, promovida pela Gerência Regional de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município. Desses, 11 são enfermeiros e 15 são auxiliares de enfermagem, o que equivale a 52,4% do total de enfermeiros e 30,6% do total de auxiliares de enfermagem entrevistados. Os demais participantes (62,9%), além da formação, nunca participaram de qualquer curso em imunização.

Como proposta de investigar o processo da manutenção da Rede de Frio em nível local, passamos à observação direta dos refrigeradores onde são armazenados os imunobiológicos nas UBSs. Das 27 UBSs visitadas, uma equipe de PSF não possui geladeira e outras duas equipes dividem o espaço físico e a sala de imunização. Assim, observamos 25 refrigeradores de imunobiológicos. Desses, 23 (92%) são usados exclusivamente para armazenamento de vacinas e 2 (8%) são utilizados, também, para armazenar material odontológico.

Quanto à disposição das vacinas de acordo com a termolabilidade e as distintas áreas do refrigerador, observamos que 13 (52%) dos refrigeradores não o fazem de acordo com as orientações do *Manual Rede de Frio*/PNI.[2]

Em 9 (36%) dos refrigeradores observamos a presença de objetos na porta, como frascos vazios de soro, gaveta removida do congelador, frascos de insulina, protetor labial, esponja de limpeza e garrafas de água colorida.

Ao verificar o termômetro utilizado no interior da geladeira, observamos que em 22 (88%) dos refrigeradores é utilizado o termômetro de máxima e mínima analógico. Somente em um (4%) refrigerador observamos a presença de termômetro linear. Quanto ao registro da temperatura no mapa de controle diário, detectamos que 4 (16%) das Unidades não o realizam.

Encontramos três refrigeradores sem a porta do congelador e questionamos as equipes responsáveis sobre o fato, mas elas não souberam explicar.

Em algumas UBSs deste estudo, observamos que a temperatura interna do refrigerador, no momento da visita, não estava de acordo com o intervalo de segurança entre +2 a +8 ºC, conforme recomendado pelas normas técnicas do *Manual da Rede de Frio*/PNI.[2] Em dois refrigeradores a temperatura do momento estava em 0ºC (zero grau) e em um a temperatura do momento era de +1°C (um grau) .

Quanto à limpeza e o degelo do refrigerador de imunobiológicos, 51,4% responderam que realizam a limpeza a cada 15 dias, 8,6% não sabem ou não responderam e 40,0% dos entrevistados responderam

REME v13 n2.pmd 211 15/1/2010, 16:45

que realizam o procedimento de acordo com uma periodicidade que não está em consonância com orientações do PNI.

Observamos a organização da caixa térmica das 27 UBSs integrantes do estudo, dentre as quais duas equipes de PSF utilizam a mesma caixa térmica e em outras sete UBSs as caixas não estavam montadas, nesse caso, utilizamos apenas a observação do material da caixa utilizada nessas UBSs. As caixas térmicas utilizadas em 26 UBSs são de poliuretano e em 1, de isopor. As caixas montadas das 19 UBSs encontravam-se em locais protegidos de fontes de calor no momento da observação

Das 18 UBS onde as caixas estavam montadas, 10 UBSs utilizam apenas uma caixa térmica, 8 UBS utilizam 2 caixas térmicas e 1 UBSs utiliza 3 caixas. Assim, observamos a organização de 29 caixas térmicas.

Observamos que as UBSs que montam duas ou mais caixas utilizam termômetro em apenas uma caixa, exceto uma UBS, que improvisou a utilização de um termômetro linear. Os termômetros em 9 UBSs são de cabo extensor (analógico), em 7, de máxima e mínima digital, e, em 3, as caixas estavam sem termômetro. Quanto à organização da caixa, observamos que as UBSs que montam mais de uma caixa não levam em consideração a termolabilidade das vacinas, ou seja, não separam as vacinas que podem ser congeladas das que não podem em caixas com quantidades diferentes de gelo.

Buscamos, também, conhecer a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem em cada Unidade, identificando a escala de responsabilidade pela sala de imunização, ou seja, o profissional designado a cada período pelo procedimento de imunização. Nas 15 UBSs, encontramos 8 (53,3%) nas quais não havia um responsável específico, o que foi assim justificado: *Toda a equipe de enfermagem é responsável*, ou, *Quando aparece alguma pessoa para ser vacinado, o auxiliar de enfermagem disponível no momento o faz*. Nas outras 7 (46,7%) Unidades, a organização do processo se dá por escala mensal de responsabilidade pela sala de vacinas entre os auxiliares de enfermagem. Nos PSFs, a rotina envolve o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem sem necessidade de – ou talvez nem se aplique – uma escala já que são apenas um auxiliar e um enfermeiro por equipe.

DISCUSSÃO

A organização do refrigerador, conforme orientação do MS, pressupõe um conjunto de medidas com o objetivo de manter-lhe estável a temperatura interior. A exclusividade do refrigerador é uma dessas medidas. Neste estudo, observamos que dois refrigeradores não eram exclusivos para o armazenamento de imunobiológicos. Esse resultado contrapõe-se ao encontrado na literatura, que recomenda que os refrigeradores devem ser usados exclusivamente para o armazenamento dos imunobiológicos.[4,5,7] Essa detecção é grave, uma vez que os imunobiológicos são produtos termolábeis e termossensíveis. A abertura do refrigerador muitas vezes e por diferentes profissionais, os quais nem sempre têm conhecimento da temperatura de vacinas, pode levar a oscilações de temperaturas, principalmente acima do máximo permitido.

Quanto à disposição das vacinas nos refrigeradores, a orientação é colocá-los nos imunobiológicos em vasilhame apropriado, e a distribuição deles no refrigerador obedece à termolabilidade, ou seja, as vacinas que podem ser congeladas são distribuídas na primeira prateleira e as que não podem sofrer congelamento ficam na segunda.[2]

Ao ser analisada a organização do refrigerador, verificou-se que um percentual significativo ainda adota condutas em desacordo com o preconizado pelo PNI/MS. Encontramos 52% dos refrigeradores com os imunobiológicos dispostos incorretamente. Esse percentual supera o resultado encontrado no estudo realizado em Madri, onde 14% dos refrigeradores continham com vacinas distribuídas inadequadamente.[5]

Para o controle da temperatura no nível local, é necessária a utilização de termômetros de máxima e mínima e a realização da leitura no mínimo duas vezes por dia, registrando os valores encontrados em mapas de controle diário de temperatura.[2] Em quase todas as UBSs, os refrigeradores apresentaram termômetro de máxima e mínima e eram feitas leituras no mínimo duas vezes por dia. Esse resultado também foi demonstrado em uma pesquisa realizada nas Unidades Públicas de São Paulo, para avaliar o conhecimento e a prática adotados na conservação de vacinas. A maioria dos profissionais conhece a importância da utilização do termômetro e a leitura diária deles[4]. Da mesma forma, um estudo descritivo realizado no Programa de Imunização de Vinhedo-SP detectou que a temperatura dos refrigeradores é verificada duas vezes por dia, no início e no final de cada período de trabalho.[7] Ainda em São Paulo, no município de Ribeirão Preto, todas as salas de vacina fazem o controle da temperatura dos refrigeradores.[1] Também em outros países foram encontrados resultados semelhantes.[5,11,12]

Nas UBSs deste estudo, foram observadas as temperaturas do refrigerador no momento da visita e em três as temperaturas não estavam de acordo com os parâmetros de segurança para a conservação dos imunobiológicos em nível local de saúde. Ressalte-se que este estudo teve como objetivo avaliar a temperatura no momento da visita nos termômetros disponíveis no refrigerador. Em trabalho realizado na Bolívia,[9] também constatou-se o mesmo problema, detectando-se variação de temperatura máxima entre + 5ºC e +22,7ºC e temperatura mínima variando entre -7,2ºC (negativo) e -2,2ºC (negativo). Da mesma forma, em estudo quase experimental-longitudinal, desenvolvido na Argentina,[12] nem todos os refrigeradores apresentavam temperatura interna entre +2ºC e +8ºC. Em outro estudo realizado nos centros de Atenção Primária em Madrid com o objetivo de

REME v13 n2.pmd 212 15/1/2010, 16:45

conhecer como se realiza a manutenção da Rede de Frio, foram detectados, em três ocasiões, desvios de temperatura registrados no termômetro no momento da visita.[5]

A limpeza e o degelo do refrigerador também constituem uma conduta técnica importante na manutenção das condições ideais das vacinas. Conforme normas do PNI, o degelo e a limpeza interna da geladeira tipo doméstica devem ser realizados a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5 cm^2. Neste estudo, revelou-se que 40% dos profissionais desconhecem essa norma.

Em estudo realizado em Vinhedo-SP, objetivando avaliar a qualidade da estrutura e do processo de operacionalização da Rede de Frio, observou-se que os refrigeradores eram descongelados e limpos quinzenalmente, para manter seu adequado funcionamento.[7]

As caixas térmicas são utilizadas na rotina de imunização das UBSs por facilitar a manipulação de um número menor de vacinas com segurança. Conforme orientações do MS, as caixas térmicas podem ser de isopor (poliestireno) ou de poliuretano, sendo que esta é preferível à primeira, por tratar-se de um material mais espesso, o que dificulta a troca de calor com o meio externo.[1] Essas caixas também devem ser equipadas com termômetro, que pode ser digital ou de cabo extensor. Quanto ao local, este deve proteger a caixa térmica da incidência de raios solares e de quaisquer fontes de calor.

A importância da verificação da temperatura das caixas térmicas justifica-se pelo fato de as bobinas de gelo funcionarem como receptor de calor do ar e das vacinas. Dessa forma, quando todo o calor for transferido para o gelo, este começará a derreter-se, necessitando da troca de novas bobinas, o que não ocorrerá se esta mudança não for monitorizada. Nossa experiência nos faz compreender a necessidade de uma conscientização sobre a importância da verificação da temperatura das caixas.

Nas UBSs do Sistema Único de Saúde, a continuidade da Rede de Frio, ou seja, a manutenção da qualidade dos imunobiológicos no que diz respeito à conservação e à administração deles, é atividade exclusiva da equipe de enfermagem. Também em outros países, como a Espanha, essa prática é de competência da enfermagem. Em trabalho realizado nos Centros de Atenção Primária na cidade de Madrid, 97,7% dos profissionais responsáveis pela Rede de Frio são da equipe de enfermagem.[5] Diante disso, é imprescindível que o pessoal responsável pela conservação das vacinas receba treinamento especial e constante supervisão para manter o cumprimento das recomendações na manutenção da cadeia de frio.[4,9,13]

Analisando as respostas relacionadas à capacitação em sala de vacina, observamos que 62,9% dos entrevistados não haviam participado de capacitação em sala de vacina. Dessa forma, é necessária a educação permanente na formação dos profissionais responsáveis pela imunização, bem como construir novos conhecimentos sobre a Rede de Frio, visto que a inadequação dessa prática coloca em risco a eficiência e a efetividade do *Programa Nacional de Imunização*.

Ao serem analisadas a resposta dos profissionais diante da responsabilidade pela sala de vacina, verificou-se que 53,3% das UBSs não dispunham de profissional específico. Seria arriscado querer obrigar todos os membros da equipe de enfermagem a trabalhar com a imunização, uma vez que essa atividade, como outras, precisa ser desenvolvida com muita responsabilidade e habilidade.

Talvez o melhor seja atribuir a responsabilidade da vacinação a quem demonstre preferência e afinidade para essa função[11]. Em estudo realizado na Espanha, em 93% dos pontos de vacinação visitados, havia somente um responsável, e eles acreditam que isso pode está relacionado à melhor conservação dos imunobiológicos nesse ponto.[5]

CONCLUSÃO

Neste estudo, evidenciou-se que as recomendações previstas no *Manual de Rede de Frio* não estão em conformidade com a prática de conservação de vacinas nas UBSs do município, bem como o serviço local apresenta deficiências que podem interferir na efetividade do Programa Nacional de Imunização do Município.

A qualidade da manutenção da Rede de Frio depende de um profissional informado, orientado, capacitado e comprometido com o serviço, fator predominante para a qualidade dos imunobiológicos disponibilizados à população.

Dessa forma, é necessária a educação permanente na formação dos profissionais responsáveis pela imunização, bem como construir novos conhecimentos sobre a Rede de Frio, visto que a inadequação dessa prática coloca em risco a eficiência e a efetividade do *Programa Nacional de Imunização*.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Rede de Frio. 4ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2007.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Rede de Frio. 4ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.

3. World Health Organization. Study protocol for temperatura montoring in the vaccine cold Chain. 2005. [Cited 2008 Nov 20]. Avaliable from: http://www.who.int/vaccines-documents/.

4. Aranda CMSS, Moraes JC. Rede de frio para a conservação de vacinas em Unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(2): 172-85.

REME v13 n2.pmd 213 15/1/2010, 16:45

5. Molina PO, Arbiza PA, Vicente RA, Rábago MLG, Pardo JRJ, Rojas VD. Cadena del frío para la conservación de las vacunas en los centros de atención primaria de un area de Madrid: mantenimiento y nivel de conocimientos. Rev Esp Salud Publica. 2002; 76(4):333-46.

6. Molina PO, Rabiza PA, Vicente RA, Martínez PA, Orbáiz RV, Pardo JRJ. Mantenimiento de la cadena del frio para lãs vacunas: uma revisión sistematica. Gac Sanit. 2007; 21(4):343-8.

7. Escobar EMA, Adami NP, Silva CV. Avaliação da qualidade da Rede de Frio do programa de imunização de Vinhedo-SP. Acta Paul. Enferm. 2002;15(3):7-14.

8. Nelson CM, Wibisono H, Purwanto H, Mansyur I, Moniaga V, Widjaya A. Hepatitis B vaccine freezing in the Indonesian cold chain: evidence and solutions. Bull WHO. 2004; 82(2):99-105.

9. Nelson C, Froes P, Dyck AMV, Chavarría J, Boda E, Coca A et al. Monitoring temperatures in the vaccine cold chain in Bolívia. Vaccine. 2006; 25:433-7.

10. Guerra HL, Sardinha TM, Rosa APAT, Costa MFL. Efetividade da vacina aniamarílica 17D: uma avaliação epidemiológica em serviços de saúde. Rev Panam Salud Publica. 1997; 2(2):115-20.

11. Gonçalves ML. Programa de vacinação no processo de municipalização da saúde no município de Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1994.

12. Jacquier LN, Santos ML. Evaluacion operativa de la cadena de frio de las vacunas. Desafios (Rosário). 2000; 1(5):6.2-5.

13. Almeida MM. Conservação e manipulação de imunobiológicos. In: Farhat CK, Carvalho ES, Weckx LY, Carvalho LHF, Succi RCM. Imunizaçãoes: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 125-35.

Data de submissão: 8/4/2009
Data de aprovação: 16/9/2009

REME v13 n2.pmd 214 15/1/2010, 16:45

O ENFERMEIRO NA PRÁXIS DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM NEONATO*

THE NURSE IN THE PRACTICE OF PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER IN NEONATAL CARE

LA ENFERMERA EN LA PRAXIS DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN EL RECIÉN NACIDO

Edinéia Machado de Freitas[1]
Zigmar Borges Nunes[2]

RESUMO

Na tentativa de melhorar a qualidade na assistência prestada ao recém-nascido prematuro, tem-se utilizado o cateter central de inserção periférica (PICC). O objetivo com este estudo foi descrever algumas variáveis relacionadas ao procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter central em neonatos internados na Unidade Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de um estudo descritivo com delineamento longitudinal e coleta prospectiva realizado em instituição privada no interior de São Paulo. Os dados foram obtidos mediante a observação e coleta nos prontuários. A coleta foi realizada no período de agosto a setembro de 2008. Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Participaram do estudo 14 recém-nascidos que atendiam aos critérios de inclusão. A idade gestacional predominante foi de 30 a 34 semanas e peso maior que 1.500 g. A maioria (57,2%) era do sexo feminino, sendo que a principal indicação da inserção do cateter foi nutrição parenteral parcial. O cateter utilizado foi de silicone 1.9 French, a média de frequência de punção foi de 3,1 com sucesso na primeira punção de 57,2%. A veia preferencial para punção foi a basílica; 71,2% e os principais motivos de insucessos foram hematomas, fragilidade vascular e dificuldade de progressão. O tempo médio de permanência do cateter foi de 10,5 dias e a principal indicação de remoção foi término da terapia intravenosa, 71,4%. A cultura da ponta do cateter foi solicitada para todos os cateteres dos quais um obteve resultado positivo para *Stafilococos aureus*.

Palavras-chave: Cateterismo Periférico; Recém-Nascido; Enfermagem.

ABSTRACT

In order to improve health care quality provided to premature newborns, the use of peripherally inserted central catheters (PICC) has become more common. This study aims to describe some variables related to the insertion, to the maintenance and to the removal of PICC in neonates who are hospitalized in an Intensive Care Unit. It is a descriptive study with a longitudinal design. Prospective data collection was held in a private institute in upstate São Paulo. Data were obtained through observation and analysis of patients' charts between August and September 2008. The study was previously approved by the Ethics Research Committee. Fourteen newborns who met the criteria for inclusion were evaluated. The most prevalent gestational age was 30 to 34 weeks with weight over 1500 g. Most patients were female (57.2%), and the main indication for catheter insertion was partial parenteral nutrition. The catheter used was silicone 1.9Fr; the average frequency of puncture was 3.1 and in 57.2% of the cases the first punch was successful. The most commonly punctured vein was the basilica (71.2% of the cases). The main reasons for failure were bruises, vascular weakness and difficulty of progression. The mean time of catheter permanence was 10.5 days, and the main indication for removal was end of intravenous therapy (71.4% of the cases). Culture of the catheter tip was required for all catheters with positive result for *Staphylococcus aureus.*

Key words: Catheterization Peripheral; Infant, Newborn; Nursing.

RESUMEN

El catéter central de inserción periférica (IPCC) ha sido utilizado con la intención de mejorar la calidad de la atención a los recién nacidos prematuros. El objetivo del presente estudio fue de describir algunas de las variables relacionadas con los procedimientos de integración, mantenimiento y retirada del catéter central en recién nacidos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se trata de un estudio descriptivo con diseño prospectivo longitudinal realizado en una institución privada del interior de São Paulo. Los datos fueron obtenidos mediante observación y anotados en prontuarios. Antes de comenzar la recogida de datos, realizada entre agosto y septiembre de 2008, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Los participantes del estudio fueron catorce recién nacidos que atendían a los criterios de inclusión, con edad gestacional predominante de 30 a 34 semanas y peso superior a 1,500 kg. La mayoría (57,2%) era del sexo femenino y la principal indicación para inserción del catéter fue nutrición parenteral parcial. El catéter utilizado era de silicona 1.9Fr, con frecuencia media de punción de 3,1 y primera punción exitosa en 57,2%. La vena preferencial para la punción fue la basílica (71,2%) y las principales razones para los fracasos fueron hematomas, debilidad vascular y dificultad de progresión. El tiempo medio de permanencia del catéter fue de 10,5 días y la principal indicación para su retirada fue término de la terapia intravenosa (71,4%). Fue solicitado cultivo de la punta del catéter para todos los catéteres de los cuales se obtuvo resultado positivo para *Estafilococos aureus.*

Palabras clave: Catéter Central de Inserción Periférica; Recién Nacido; Enfermería.

* Extraído do trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Paulista para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

[1] Aluna do 8° semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Ribeirão Preto-SP.
[2] Professora Enfermeira do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Ribeirão Preto-SP. Orientadora.
Endereço para correspondência:Rua Itacolomi, 466, Sumaré, Ribeirão Preto-SP. CEP: 14050-250, Ribeirão Preto-SP. Tel: 16-3911-986. E-mail: zigmarborgesnunes@yahoo.com.br.

REME v13 n2.pmd 215 15/1/2010, 16:45

INTRODUÇÃO

Unidade Terapia Intensiva e Prematuridade

As Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) são especializadas, dentro dos hospitais, no tratamento de pacientes cuja sobrevivência se encontra ameaçada por doença ou condição que causa instabilidade ou disfunção de um ou mais sistemas fisiológicos.[1]

As primeiras instalações de berçários para atender prematuros surgiram em fins do século XIX, e no início do século XX passaram a atender os demais recém-nascidos. Ao longo do século XX, os berçários transformaram-se em Unidades de Internação Neonatal e Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Essas unidades são consideradas de alta complexidade assistencial, pela gravidade das condições de vitalidade dos recém-nascidos e pelo uso da tecnologia de ponta, além de constituírem importante campo de trabalho para a enfermagem.[2]

A utilização de novas tecnologias tem contribuído para o aumento da sobrevida de recém-nascidos (RN) prematuros de faixas cada vez menores de idade gestacional e peso de nascimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), recém-nascido pré-termo (RN-PT) é aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, e de baixo peso é considerado inferior a 2.500 g.

Esse grande avanço tecnológico ampliou consideravelmente as ações de assistência médica e de enfermagem, levando os profissionais que atuam nessa área a adquirir melhor capacitação técnico-científica para prestar uma assistência qualificada aos neonatos. Uma das áreas de atuação dos profissionais de enfermagem que tem obtido maior atenção é a terapêutica intravenosa. A necessidade de acesso venoso por tempo prolongado e de administração de drogas vesicantes ou irritantes, soluções hiperosmolares, antibioticoterapia e nutrição parenteral resulta em repetidas punções venosas no decorrer da internação e, consequentemente, o tratamento torna-se prejudicado, sendo muitas vezes necessária a instalação de um cateter umbilical ou dissecção de veia.[3]

O cateter venoso central de inserção periférica (PICC) vem apresentando-se como alternativa adotada para a manutenção de acesso venoso profundo e prolongado nos recém-nascidos de alto risco. A implantação é realizada por enfermeiras com treinamento formal exigido por lei para realização do procedimento.

Contexto histórico do PICC

Historicamente, a terapia intravenosa teve início no Renascimento, com a descoberta da circulação sanguínea, da produção da primeira agulha hipodérmica e da primeira transfusão sanguínea. Entretanto, foi durante a segunda metade do século XIX que ocorreram grandes avanços. Em meados do século XX, menos de 20% dos pacientes hospitalizados recebiam terapia intravenosa e, atualmente, essa porcentagem chega a, aproximadamente, 90%.[4] Em 1929, descobriu-se que um vaso central poderia ser atingido por acesso periférico sem causar danos. Mas foi na década de 1950 que esse procedimento foi considerado eficaz, quando se observou que as drogas que atingiam os grandes vasos tornavam-se mais diluídas, diminuindo as reações inflamatórias e a trombose química.[5]

Nos Estados Unidos, o PICC começou a ser utilizado, em UTIs, entre 1960 e 1970, como uma opção segura e de baixo custo entre os dispositivos de inserção central, além de preservar a vasculatura dos membros superiores e reduzir riscos de infecção e embolismo aéreo. Mas, em UTIN, a implantação do PICC aconteceu em 1973, por Shaw.[6]

No Brasil, somente no fim da década de 1990 foi introduzido esse procedimento por meio da Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em cujo art. 1º considera-se lícito ao enfermeiro a inserção do cateter periférico central. De acordo com o art. 2º dessa resolução, o enfermeiro, para o desempenho de tal atividade, deverá ter se submetido à qualificação ou capacitação profissional.[7]

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Terapia Intensiva (SOBETI), instituída em 1986, foi a primeira a certificar e qualificar os enfermeiros brasileiros quanto ao procedimento de inserção de cateter periférico central. Em parceria com Academia Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE), os enfermeiros são ensinados quanto à assistência prestada em UTI durante a passagem, manutenção e retirada do PICC.[8]

Descrição do dispositivo PICC

O PICC é um cateter longo de 8 a 75 cm e flexível, inserido por uma veia periférica, progredindo através desta até o sistema venoso central, onde sua ponta deverá ser instalada 1/3 inferior da veia cava superior ou 1/3 superior da veia cava inferior.[8]

Atualmente, são produzidos no mercado dois tipos de cateteres: de poliuretano e de silicone. O cateter de poliuretano é mais resistente e menos maleável, suporta maiores pressões, possibilita maior fluxo de infusão e tem menor risco de rompimento. O silicone é mais flexível, resistente a dobras, contudo não suporta maiores pressões e o risco de rompimento é maior. Portanto não existe um material com propriedades de inserção e permanência ideais, devendo ser avaliadas as vantagens e desvantagens de ambos antes de se optar por um deles.[8]

O PICC tem vários calibres que comportam o volume a ser infundido. O mais usado em neonatos é o 1.9 French de uma via.[8]

Locais preferenciais de inserção do PICC em recém-nascidos

A escolha da veia deve ser analisada pelas suas características, sendo necessário observar se é palpável,

REME v13 n2.pmd 216 15/1/2010, 16:45

calibrosa e com menos curvaturas. A pele sobrejacente à veia de escolha deve estar íntegra, sem hematomas, edemas, sinais de infecção e desvio anatômico.[8]

Os vasos de primeira escolha para inserção do PICC nos recém-nascidos são os dos membros superiores, pela facilidade de acesso, por possuírem menor número de válvulas e oferecerem menor risco de infecção e complicações.

De acordo com a SOBETI, as veias preferenciais em recém-nascidos são:

- basílica: primeira escolha, larga em região cubital, mais lateralizada no antebraço, e com 4 a 8 válvulas;
- cefálica: menor do que a basílica, curso variável de 6 a 10 válvulas, lado radial do antebraço possui potencial risco para flebite e mau posicionamento;
- axilar: veia larga, união da basílica com a braquial. Atenção adicional para não puncionar a artéria braquial;
- temporal: tamanhos variáveis, adjacentes à artéria temporal, não muito segura;
- posterior auricular: tamanho variável, mais frágil;
- jugular interna: proeminente e mais visível, pode aceitar um cateter de maior calibre, além de apresentar menor distância para o sistema venoso central pela inserção do lado direito;
- grande safena: região mediana da perna, veia longa, de 7 a 15 válvulas, pode desenvolver edema em membros inferiores;
- pequena safena: localizada região lateral da perna, tortuosa, pequeno diâmetro;
- femural: abaixo do acesso do ligamento inguinal, de difícil posicionamento.[8]

Vantagens e desvantagens do PICC em recém-nascidos

As principais vantagens de inserção do cateter PICC, de acordo com a SOBETI, são: confiabilidade de acesso, permanência prolongada, inserção menos traumática, menor risco de ocorrer flebite química, extravasamento e infiltração de fluidos, possibilidades de administração de soluções irritantes e vesicantes, diminuição do estresse causado pelas múltiplas punções, menor risco de infecção em relação a outros dispositivos, maior tempo de permanência e redução de custos.[8]

As desvantagens estão relacionadas com a restrição de movimentos quando inseridos em fossa antecubital, com a fixação inadequada, e com a necessidade de cuidados diários a semanais.

A principal desvantagem do PICC é requerer treinamento especial de qualificação do profissional para a realização do procedimento de inserção do cateter, pois consome cerca de 60 minutos de duração e necessita de protocolo para manutenção e prevenção de complicações.

Técnica de Inserção do PICC

A inserção do PICC deve contar com técnica de barreira máxima, com uso de gorro, máscara, capote estéril, campos e luvas estéreis.[8]

Dentre os cuidados fundamentais prévios na implantação do PICC no neonato destacam-se: a monitorização cardiorrespiratoria; a sedação e a analgesia para prevenção de dor; o fornecimento de informação à família sobre o procedimento e solicitação do serviço de radiologia; proceder à antissepsia das mãos; checar o material necessário para realização do procedimento; posicionar o bebê em decúbito dorsal, mantendo o membro preferencialmente o superior direito em ângulo de 90° em relação ao tórax; mensurar com fita métrica o local de inserção do cateter até altura da clavícula, e desse ponto até o terceiro espaço intercostal.[8]

De acordo com a orientação da SOBETI, a inserção do PICC segue a seguinte sequência: identificação da veia apropriada; posicionamento do paciente; verificação da medida do comprimento do cateter; paramentação, abertura completa do material e colocação de um campo estéril sob o local de punção escolhido; antissepsia; lubrificação do cateter com solução salina; preparação do comprimento do cateter; aplicação de torniquete e preparo do conjunto introdutor; execução de venopunção; retirada da agulha da bainha introdutora; inserção do cateter periférico; remoção da bainha protetora; introdução completa do cateter periférico; teste de permeabilidade do cateter; retirada do campo fenestrado; limpeza do local de inserção; fixação do disco oval; fixação do cateter; fechamento do sistema; confirmação radiológica da posição da ponta do cateter.[8]

Cuidados com o manuseio e a manutenção do PICC

A manutenção do PICC deve ser realizada por profissional treinado e capacitado, e a troca de curativo, por enfermeiro qualificado. Segundo a SOBETI, o curativo cumpre duas funções: protege a inserção do cateter e evita seu deslocamento.[8]

A troca de curativo deve seguir o protocolo institucional ou, quando a integridade estiver comprometida, utilizar técnica rigorosamente asséptica. Na ocorrência de deslocamento ou tração do cateter, este não deverá ser reinserido.[8]

Para manter a permeabilidade do PICC, é recomendável lavar o cateter antes e após a administração de cada medicamento, sob baixa pressão, utilizando seringas de 10 ml e solução fisiológica a 0,9%; em caso de infusão contínua, deve-se lavar o cateter a cada 6 horas.[8]

Não é recomendável aferir pressão arterial no membro onde se localiza o cateter.[8]

Remoção do PICC

A remoção do PICC está indicada no término da terapia intravenosa proposta, ruptura do cateter, sinais de infecção ou inflamação e posicionamento inadequado.[8]

A remoção do cateter é realizada por profissional qualificado, utilizando técnica asséptica. Além disso, deverá ser lenta e cuidadosa, não usar força para

REME v13 n2.pmd 217 15/1/2010, 16:45

remover o cateter, posicionar o braço do recém-nascido abaixo do nível do coração, aplicar curativo oclusivo após o termino da remoção e certificar-se de que todo o cateter foi removido, conferindo sua medida. Se houver resistência durante o tracionamento do cateter, não se deve prosseguir com a retirada, pois o risco de fratura do dispositivo e, consequentemente, de embolia por cateter é grande. Nesse caso, o enfermeiro deve aplicar compressa morna no trajeto do cateter por 20 minutos, para promover vasodilatação e facilitar-lhe a remoção. Se a resistência persistir, aplicar curativo oclusivo e aguardar 12 a 24 horas; nesse intervalo, aplicar compressa morna a cada 6 horas.[8]

Complicações relacionadas à inserção do PICC

As principais complicações relacionadas à inserção do cateter são: dificuldade de progressão, mau posicionamento do cateter, hemorragia, hematomas, arritmia cardíaca, punção arterial, dano e estimulação de nervos.[8]

A dificuldade de progressão está relacionada com o posicionamento inadequado do paciente, mau posicionamento do cateter, venoespasmo, calibre inadequado do cateter, esclerose, dissecção de veia prévia, fechamento das válvulas, bifurcação venosa e angulação venosa acentuada.

O mau posicionamento do cateter pode ocorrer pela própria anatomia venosa do recém-nascido e mensuração incorreta do cateter.

Hemorragia e hematomas podem ocorrer em decorrência de calibre inadequado da agulha ou cânula introdutória, distúrbio de coagulação, terapêutica com anticoagulante e inserção traumática.

A arritmia cardíaca é provocada pelo deslocamento do cateter para o átrio direito ou ventrículo direito. Quando isso ocorrer, recomenda-se tracionar o cateter e realizar radiografia de tórax.

A punção arterial ocorre por escolha errada do vaso e pode ser identificada pela cor do sangue, pela pulsação da artéria e expulsão do cateter.

Danos e estímulos nervosos são causados pela agulha, pelo cateter fora do vaso e por irritação de nervos durante a inserção. Os sintomas são parestesia e fraqueza na região. Quando tais sintomas ocorrerem, recomenda-se parar a progressão e reiniciar lentamente. Se houver persistência dos sintomas, retirar o cateter e realizar nova punção.

Complicações relacionadas à pós-inserção do PICC

As principais complicações relacionadas à pós-inserção do cateter são: flebite, celulite, infecção sistêmica, fratura do cateter com potencial de embolia, oclusão do cateter, trombose, migração do cateter.[8]

A flebite é a complicação mais frequente em recém-nascidos, e os sinais e sintomas são: eritema, edema, dor, endurecimento da veia e drenagem pela inserção.

A flebite se classifica em mecânica, química e bacteriana. A flebite mecânica é causada por técnica inadequada de inserção, fatores inerentes ao paciente e pelas características da veia. Sua prevalência é em veia cefálica. A flebite química é causada por medicamentos irritantes, alta osmolaridade, diluição inadequada da solução e infusão rápida. A flebite bacteriana tem como causa a higienização inadequada das mãos, preparo inadequado da pele, técnica de inserção e manutenção inapropriada, contaminação do cateter durante a inserção e progressão da flebite mecânica.

A celulite é causada, em sua maioria, pelo *Staphlococcos epidermides* ou *Staphlococcos aureaus*. Os sinais e sintomas são: dor, eritema, edema e afeta pele e subcutâneo.

A infecção sistêmica do cateter está relacionada com a colonização do cateter, o local de inserção, infecções prévias, múltiplos procedimentos invasivos que rompem a integridade da pele, técnicas inadequadas e condições do paciente (sistema imunológico imaturo).

A fratura do cateter com potencial de embolia está relacionada com a força excessiva para a lavagem dele, fixação inadequada e injetores de pressão.

A oclusão do cateter ocorre em razão do *flush* inadequado, refluxo sanguíneo excessivo, incompatibilidade medicamentosa com a formação de cristais e baixa solubilidade.

A trombose é causada pela obstrução do cateter, lesão da parede do vaso, fluxo insuficiente ou tamanho inapropriado do cateter em relação ao vaso, soluções hipertônicas, estase venosa e mau posicionamento do cateter.

A migração do cateter ocorre dada a movimentação vigorosa das extremidades do local de inserção do PICC, alterações da pressão intratorácica e fixação inadequada do cateter.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever algumas variáveis relacionadas ao procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter central de inserção periférica em neonatos internados na UTI.

Objetivos específicos

- Caracterizar os recém-nascidos submetidos ao procedimento de inserção do PICC quanto ao sexo, ao peso, à idade gestacional ao nascimento, à idade gestacional corrigida, ao diagnóstico e à idade cronológica no ato de inserção do cateter.
- Descrever o procedimento de inserção do PICC quanto a número de punções realizadas, tempo

REME v13 n2.pmd 218 15/1/2010, 16:45

gasto para atingir o objetivo, local de inserção, os motivos de insucesso nas punções e as intercorrências evidenciadas na implantação.

- Descrever as práticas assistenciais adotadas para a manutenção do PICC, referente à frequência de curativo realizado, tipo de infusão e drogas utilizadas no PICC.
- Verificar o tempo de permanência do cateter, indicações de remoção e as complicações que resultam em sua remoção.
- Verificar os resultados obtidos mediante a cultura da ponta do PICC.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo não experimental descritivo, com delineamento longitudinal e coleta prospectiva de dados sobre as práticas de inserção, manutenção, retirada do PICC e complicações relacionadas.

O principal valor dos estudos com delineamento longitudinal é sua capacidade para demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sequência temporal dos fenômenos, critério essencial para o estabelecimento de uma causalidade.[9]

Local da pesquisa e participantes

A pesquisa foi desenvolvida em uma UTIN com 16 leitos divididos em unidades, em uma instituição privada no interior de São Paulo, onde o procedimento de inserção do PICC foi introduzido como parte da assistência prestada ao recém-nascido desde 2000, por enfermeiras que possuem certificação para a realização do procedimento de inserção do PICC, conferida pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Terapia Intensiva.

Critérios de inclusão dos participantes

- Recém-nascidos com indicação para inserção do PICC.
- Recém-nascidos cujo responsável autorizou sua participação na pesquisa.
- Recém-nascidos em que foi possível acompanhar todas as etapas propostas nos objetivos.

Critérios de exclusão dos participantes

- Recém-nascidos que evoluíram para óbito.
- Recém-nascidos que foram transferidos para outra unidade de internação ou outra instituição hospitalar.
- Recém-nascidos em que não foi possível acompanhar todas etapas proposta nos objetivos.

Procedimentos para coleta de dados

Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizado um formulário desenvolvido pelo próprio pesquisador, com a identificação e caracterização dos recém-nascidos, especificações do PICC, intercorrências observadas durante o procedimento, cuidados relacionados à manutenção e remoção, tempo de permanência e complicações relacionadas.

Aspectos éticos e legais

De acordo com a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução das pesquisas envolvendo seres humanos, o tipo de abordagem desenvolvida nesta pesquisa se classifica como seus riscos e benefícios serão traduzidos no acréscimo do pesquisador à unidade e à população estudada por meio da divulgação dos resultados à coordenação de enfermagem, que poderá utilizá-los em suas atividades educativas.

Foram realizados procedimentos adotando princípios éticos, respeitando-se a dignidade humana, garantido o direito à privacidade por meio do sigilo de sua identidade e da instituição na qual se encontram.

O estudo cumpriu as seguintes etapas:

- autorização da instituição escolhida para a pesquisa;
- análise e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNIP, o que significa que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), apresentado por meio de carta de encaminhamento à presidência, juntamente com a folha de rosto e demais documentos exigidos (ANEXOS). O período da aplicação do instrumento programado para a segunda quinzena de agosto à segunda quinzena de setembro de 2008.

Procedimentos para análise

Após a coleta de informações, os resultados obtidos foram analisados sistematicamente e apresentados sob forma de tabelas. A categorização foi descrita de acordo com os objetivos específicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos recém-nascidos submetidos ao procedimento de inserção do cateter periférico central

No período de agosto a setembro de 2008, 18 recém-nascidos foram submetidos ao procedimento de inserção do cateter periférico central, considerando que 4 recém-nascidos foram excluídos por não corresponderem aos critérios de inclusão.

Os dados de caracterização dos recém-nascidos foram distribuídos de acordo com o sexo, o peso, o nascimento, a idade gestacional ao nascimento, a idade gestacional corrigida, o diagnóstico e a idade cronológica no ato de inserção do cateter. Ressalte-se que, de acordo com protocolo da instituição, a idade gestacional corrigida e a idade cronológica no ato da inserção foram irrelevantes, pois os recém-nascidos são submetidos ao procedimento

REME v13 n2.pmd 219 15/1/2010, 16:45

de inserção do cateter periférico central logo após seu nascimento.

TABELA 1 – Distribuição dos recém-nascidos submetidos ao procedimento de inserção de cateter periférico central segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2008

Sexo	RN	%
Feminino	08	57,2
Masculino	06	42,8
Total	14	100

TABELA 2 – Distribuição dos recém-nascidos submetidos ao procedimento de inserção do cateter periférico central segundo a idade gestacional ao nascimento. Ribeirão Preto, 2008

IG ao nascimento	RN	%
30 – 34 semanas	08	57,2
34 – 38 semanas	06	42,8
TOTAL	14	100

TABELA 3 – Distribuição dos recém-nascidos submetidos ao procedimento de inserção do cateter central de inserção periférica segundo o sexo e o peso ao nascimento. Ribeirão Preto, 2008

Sexo / Peso nasc.	Masculino		Feminino		TOTAL	
	RN	%	RN	%	RN	%
< 1.500 g	1	7,1	2	14,2	3	21,5
1.500 – 2.200 g	3	21,5	3	21,5	6	42,8
2.200 – 2.800 g	1	7,1	3	21,5	4	28,6
>2800 g	1	7,1	0	0	1	7,1
TOTAL	6	42,8	8	57,2	14	100

De acordo com a tabela de caracterização dos recém-nascidos em estudo, constatou-se que a idade gestacional predominante foi de 30 a 34 semanas, com peso maior que 1.500 g e menor que 2200 g, sendo que dos 14 recém-nascidos 8 são do sexo feminino, o que corresponde ao percentual de 57,2%.

Esses dados demonstram a predominância da prematuridade na UTIN e a necessidade de acesso venoso central logo após o nascimento. Em todos recém-nascidos participantes do estudo foram instaladas soroterapias no início da terapia intravenosa e, a seguir, nutrição parenteral parcial. O uso de medicações foi diverso: antibióticos, anticonvulsivantes, drogas vasoativas e psicotrópico (fentanil).

Inserção do cateter periférico central

O procedimento de inserção do cateter periférico central foi realizado de acordo com as normas da SOBETI, sendo feita a monitorização prévia do recém-nascido; analgesia com fentanil de acordo com o protocolo da instituição para prevenção de dor; identificação da veia apropriada; posicionamento do paciente; verificação do cumprimento do cateter; degermação do local de inserção com cloroex degermante; antissepsia das mãos com técnica cirúrgica; paramentação de barreira máxima (gorro, máscara; avental estéril; luvas estéreis), utilização de dois campos no local de punção escolhido; antissepsia do local de punção escolhido, com solução de cloroexidina alcoólica 0,5%, salinização do cateter; preparação do cumprimento do cateter; aplicação do torniquete e realização de venopunção, retirada da agulha introdutora; inserção do cateter, teste de permeabilidade do cateteter; raios-X confirmatórios da posição da ponta do cateter; curativo compressivo com gazes estéreis; e retirada dos campos.

Os procedimentos de inserção do cateter central foram realizados por dois profissionais, sendo que dos 14 procedimentos observados, nove foram inseridos por profissionais capacitados, dos quais apenas um procedimento ocorreu quebra de barreira, detectada e corrigida. Quanto ao posicionamento da ponta do cateter, todos foram tracionados após raios-X confirmatórios à beira do leito e localizado no terço inferior da veia cava superior, o que indicou que a mensuração realizada previamente à inserção não ocorreu com exatidão. Todos os cateteres utilizados foram de silicone de calibre 1.9 French.

No procedimento de inserção, foram levantados dados relacionados ao número de punções realizadas, ao tempo gasto para atingir o objetivo, ao local de inserção, aos motivos de insucesso nas punções e às intercorrências evidenciadas na implantação.

REME v13 n2.pmd 220 15/1/2010, 16:45

De acordo com a TAB. 4, foram realizadas 43 punções para a inserção de 13 cateteres, sendo que o percentual de sucesso na primeira punção foi de 57,2%, equivalente a 8 cateteres inseridos. Na segunda tentativa de punção, foram submetidos à punção venosa 6 recém-nascidos dos quais 1 obteve sucesso (7,1%). Na terceira punção, foram submetidos 5 recém-nascidos, com sucesso de uma inserção correspondente a 7,1%. Foram submetidos à quarta punção venosa 4 recém-nascidos e somente 3 obtiveram sucesso (21,5%). Em 1 recém-nascido que foi possível a inserção do cateter periférico central somente na oitava punção (7,1%).

TABELA 4 – Distribuição da frequência de sucesso na inserção de cateter periférico central segundo a ordem sequencial das punções. Ribeirão Preto, 2008

Ordem sequencial das punções	Sucesso na inserção do cateter central	%
1ª	08	57, 2
2ª	01	7,1
3ª	01	7,1
4ª	03	21, 5
8ª	01	7,1
Total 43	14	100

Conforme a TAB. 5, a frequência de punção venosa na inserção do cateter periférico central foi de 3,1, com valor mínimo de 1 e o máximo de 8 punções, o que corresponde às recomendações da SOBETI.

TABELA 5 – Medidas descritivas da distribuição da frequência de punção venosa na inserção de cateter periférico central. Ribeirão Preto, 2008

Média	Mediana	Moda
3,1	1	1

A TAB. 6 mostra que para a realização de inserção de 6 cateteres foram gastos de 5 a 10 minutos, o equivalente ao percentual de 42,8%. No intervalo entre 15 e 30 minutos, foram inseridos 4 cateteres (28,5%). No intervalo entre 40 a 60 minutos, ocorreu sucesso na inserção de 3 cateteres, o equivalente a 21,5%, em 1 recém-nascido, o tempo gasto para a inserção do cateter foi maior que 60 minutos (7,1%).

TABELA 6 – Distribuição dos cateteres periféricos centrais segundo o tempo gasto para a realização da sua inserção. Ribeirão Preto, 2008

Tempo/minutos	N	%
05 - 10	06	42,8
15 - 30	04	28,6
40 - 60	03	21,5
>60	01	7,1
TOTAL	14	100

O tempo descrito para realização do procedimento excluiu o tempo gasto para a paramentação e a realização dos raios-X confirmatórios, uma vez que não havia técnico de radiologia exclusivo para UTIN.

Segundo a SOBETI, a veia de primeira escolha é a basílica, em decorrência de suas características anatômicas, sendo larga em região cubital, mais lateralizada no antebraço, com menor número de válvulas em relação às demais.[8]

A TAB. 7 mostra que a veia preferencial é a basílica com percentual de 71,6%, e a veia de segunda escolha foi axilar, com percentual de 14,2 %.

TABELA 7 – Distribuição dos cateteres periféricos centrais segundo a veia de inserção. Ribeirão Preto, 2008

Veias puncionadas	N	%
Basílica	10	71,6
Axilar	02	14,2
Safena	01	7,1
Jugular	01	7,1
TOTAL	14	100

Dos 14 cateteres inseridos, 6 ocorreram mais de um motivo de insucesso durante o procedimento de inserção do cateter. Os dados apresentados na TAB. 8 mostram que a fragilidade vascular e a dificuldade de progressão foram os motivos mais frequentes de insucesso no procedimento de inserção do cateter e como consequência a ocorrência de hematoma local, observada em todas sequências de punções, e, por último, a hemorragia que ocorreu em apenas um caso.

TABELA 8 – Distribuição dos cateteres periféricos centrais segundo motivos de insucessos na inserção. Ribeirão Preto, 2008

Motivos de insucessos na inserção	Nº de insucessos na inserção	%
Hematomas	06	31,5
Dificuldade de progressão	06	31,5
Fragilidade vascular	06	31,5
Hemorragia	01	5,5
TOTAL	19	100

As complicações durante a inserção, de acordo com a literatura, podem ser classificadas em: sangramento, que persiste nas 24 horas após inserção; lesão de nervos e tendões, dada a proximidade do nervo cutâneo lateral à veia cefálica; arritmias cardíacas, relacionadas à progressão maior do cateter no átrio direito; e embolia por ruptura do cateter durante uma irrigação forçada, retirada agressiva do introdutor e retração do cateter pela agulha introdutória.[10]

No estudo realizado, não ocorreram complicações, conforme descrito pela literatura.

REME v13 n2.pmd 221 15/1/2010, 16:45

Manutenção do cateter periférico central

O processo de manutenção do cateter periférico central refere-se às práticas adotadas para manter permeabilidade do cateter. A manutenção é realizada diariamente durante toda internação do paciente, com infusão de solução fisiológica 0,9% antes e depois da administração de medicamentos e a cada seis horas, utilizando seringas de 10 ml para prevenção de obstrução. A infusão de nutrição parenteral e a administração de drogas vesicantes aumentam a possibilidade de ocorrer interação e causar obstrução por incompatibilidade, considerando que a infusão contínua de nutrição parenteral contribui para a infecção, portanto é recomendável fazer assepsia no conector do cateter antes de administrar medicação.[11]

De acordo com as orientações fornecidas pelo curso de capacitação para inserção de cateter periférico central realizado pela SOBETI, o curativo tem como principais funções proteger o local de inserção do cateter e prevenir o deslocamento. Recomenda-se o uso de película transparente estéril semipermeável, que possibilita a inspeção do sítio de inserção e funciona como barreira contra contaminação externa. Após 24 horas de inserção, o curativo deve ser substituído, avaliando-se sinais de sangramento, hiperemia, sinais de migração ou perfuração do cateter.[8]

Segundo o protocolo da instituição do local do estudo, os curativos são realizados 24 horas após a inserção do cateter periférico central e quando ocorrer necessidade, podendo permanecer até sete dias. O procedimento é realizado com técnica asséptica, sendo necessário uso de gorro, máscara, luva estéril, campo estéril, gazes estéreis. O antisséptico usado é a cloroexidina alcoólica 0,5% e a fixação do cateter é realizado com película transparente estéril e micropore. A solução infundida que obteve maior prevalência foi soro glicosado a 10% com eletrólitos e nutrição parenteral parcial contínua. Considerando-se que o cateter central não é via exclusiva para nutrição parenteral, infunde-se pela mesma via anitibioticoterapia em *bolus,* e drogas necessárias, seja em *bolus,* seja em bomba de infusão. Para manter a permeabilidade do cateter, é infundido 1,0 ml de solução fisiológica com seringa de 5 ml, antes e depois da administração de quaisquer medicamentos.

TABELA 9 – Distribuição dos cateteres periféricos centrais segundo a troca de curativo. Ribeirão Preto, 2008

Nº troca de curativo	N	%
01	05	35,7
02	03	21,4
03	06	42,9
TOTAL	14	100

A TAB. 10 mostra que ocorreu a prevalência de trocas de curativos com percentual de 42,9%, referente a três trocas em seis cateteres inseridos. A média de frequência de troca de curativo foi de 2,1, considerando que em três cateteres o curativo permaneceu além dos sete dias.

TABELA 10 – Medidas descritivas da frequência de troca de curativo do cateter periférico central. Ribeirão Preto, 2008

Média	Moda	Mediana
2,1	3	2

Remoção do cateter periférico central

A remoção do cateter periférico central somente deverá ser realizada por profissional qualificado. Quanto aos cuidados necessários relativos ao posicionamento do braço do paciente abaixo do nível do coração, a remoção deve ser lenta e cuidadosa, não utilizando força para remover o cateter. Aplicar curativo oclusivo após a remoção e certificar-se que todo o cateter foi removido, conferindo a medida.[8]

A remoção do cateter foi realizada por enfermeiras capacitadas e não capacitadas. O procedimento de remoção foi realizado com técnica asséptica. Foram utilizados gorro, máscara, luvas estéreis, campo estéril, tesoura estéril e frasco para coleta da ponta do cateter. O antisséptico usado nos procedimentos foi cloroexidina alcoólica 0,5%.

Os dados da TAB. 11 apontam para mais de uma indicação de remoção do cateter nos recém-nascidos participantes do estudo, sendo o término da terapia intravenosa a principal indicação de suspensão e remoção. Participaram deste estudo 14 recém-nascidos, dentre os quais 10 cateteres inseridos foram removidos no fim da terapia intravenosa, com percentual de 71,4%. Obstrução do cateter e infecção foram duas indicações de remoção para dois recém-nascidos com percentual de 14,3% cada. Em todos os cateteres, as pontas foram enviadas para cultura, com resultado laboratorial positivo de um cateter, no qual foi identificado *Staphilococos aureus* e a hemocultura positiva. Verificou-se o tempo de permanência em 10,5 dias, com período mínimo de 3 e o máximo de 17 dias.

TABELA 11 – Distribuição dos cateteres periféricos centrais segundo motivos de remoção. Ribeirão Preto, 2008.

Motivos de remoção do cateter	N	%
Término da terapia intravenosa	10	71,4
Obstrução do cateter	02	14,3
Infecção	02	14,3
TOTAL	14	100

REME v13 n2.pmd 222 15/1/2010, 16:45

CONCLUSÃO

Caracterização dos recém-nascidos submetidos à inserção do cateter periférico central

- Oito recém-nascidos do sexo feminino (57,2%).
- Oito recém-nascidos de idade gestacional ao nascimento de 30 a 34 semanas (57,2%).
- Peso ao nascimento no intervalo de 1.500 a 2.200 g, equivalente a seis recém-nascidos (42,8).

Inserção do cateter periférico central

- A indicação para inserção do cateter periférico central em todos os recém-nascidos foi nutrição parenteral.
- O fármaco com analgésico antes do procedimento de inserção do cateter periférico central em todos os recém-nascidos participantes do estudo foi fentanil, em dose calculada pelo neonatologista.
- O cateter utilizado em todos os procedimentos foi de silicone 1.9 French.
- A média da frequência de sucesso na inserção do cateter periférico central foi de 3,1, com variação dos valores mínimo de um e máximo de oito punções.
- A frequência de sucesso no procedimento de inserção do cateter periférico central, na primeira punção, foi de 57,2%, referentes a oito cateteres inseridos.
- O tempo gasto para realização do procedimento em 42,8%, referentes a seis cateteres inseridos, foi no intervalo de cinco a dez minutos.
- A veia de primeira escolha foi à basílica, com o percentual de 71,6, referentes a dez cateteres inseridos.
- Os principais motivos de insucessos nas punções foram hematomas, dificuldade na progressão e fragilidade vascular, com 31,5%.
- Todos os cateteres inseridos, após raios-x foram tracionados.

Manutenção do cateter periférico central

- A média de troca do curativo foi 2,1, considerando que em três cateteres a troca de curativo foi efetuada após sete dias.
- O antisséptico usado no curativo foi solução de cloroexidina alcoólica, e a fixação foi efetuada com película transparente e micropore.
- A primeira troca de curativo foi realizada 24 horas após a inserção do cateter.
- A permeabilidade do cateter foi mantida com *flush* de 1,0 ml de solução fisiológica 0,9% após administração de medicações, considerando que o cateter não era via exclusiva para nutrição parenteral.

Remoção cateter periférico central

- A indicação de remoção decorrente do término da terapia intravenosa foi de 71,4%, referentes a dez cateteres.
- A média do tempo de permanência do cateter foi de 10,5 dias, com valores mínimos de 3 dias e o máximo de 17 dias.
- A cultura da ponta de cateter foi solicitada para todos os cateteres, dos quais apenas um o resultado foi positivo.

Ao concluir este estudo, é relevante considerar que o tamanho da amostra foi reduzido, dada a redução do período da coleta de dados para 30 dias, em virtude do calendário, e a eventual redução das internações nesse período.

Apesar do reduzido tamanho da amostra estudada, verificamos que a predominância de inserção do cateter periférico central foi em recém-nascidos prematuros em decorrência do baixo peso e da necessidade de terapia intravenosa prolongada.

A taxa de sucesso de inserção do cateter durante a primeira punção foi de 57,2%, contudo é necessário analisar o procedimento de inserção do cateter para diminuir a frequência de punções venosas e os motivos dos insucessos no procedimento. Assim, entende-se como relevante uma revisão na composição do cateter utilizado e a possibilidade de testar outras opções – por exemplo, o cateter de poliuretano. Outro dado observado durante o procedimento de inserção foi que todos os cateteres, após raios-x confirmatórios, foram tracionados, indicativo de que a mensuração realizada previamente à inserção não ocorreu com exatidão.

A prática de infusão de outras drogas concomitantemente com a nutrição parenteral, de acordo com a literatura, pode provocar oclusões mais frequentes.

A média de troca de curativos foi de 2,1 dias e outros permaneceram além dos 7 dias, o que não estava de acordo com o protocolo institucional.

O tempo de permanência foi de 10,5 dias, inferior aos dados literários, porém a principal indicação foi de término da terapia intravenosa.

Conclui-se, portanto, que o cateter periférico central é um avanço tecnológico nas UTINs, proporcionando vantagens para o paciente, como preservação do couro cabeludo, menor risco de infecção quando comparado a outros tipos de acesso venoso. Atende às necessidades de terapia intravenosa, permite maior probabilidade de permanecer implantado até o término do tratamento, reduz o estresse de sucessivas punções, preserva o vaso cateterizado.

Quanto às vantagens para a instituição, o tempo de trabalho gasto com punções é menor, há menos estresse em busca de acesso venoso adequado e pouco

REME v13 n2.pmd 223 15/1/2010, 16:45

atraso nas medicações, sua implantação não é cirúrgica e maior relação custo-risco-benefício. Mas é necessário que todos os profissionais da equipe de enfermagem recebam qualificação no procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter e que ocorra treinamento para técnicos e auxiliares de enfermagem quanto os cuidados na manutenção do cateter, proporcionando melhor qualidade na assistência prestada ao neonato.

REFERÊNCIAS

1. Diener JRC, Coutinho MSSA, Zoccoli CM. Infecções Relacionadas ao Cateter Venoso Central em Terapia Intensiva. Rev Ass Méd Bras. 1996; 42(4):205-14.

2. Kamada I, Barbeira CBS. Internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Brasil – 1998-2001. Rev Latinoam Enferm. 2003 jul/ago; 11(4):436-43.

3. Lourenço SA, Kakehashi TY. Avaliação da Implantação do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em Neonatologia. Acta Paul Enferm. 2003; 16(2):26-32.

4. Vendramin P. Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP) em Crianças. Rev Gaucha Enferm. 2007; 28(3):331-9.

5. Ponce PP. Procedimentos de Inserção, Manutenção e Remoção do Cateter Central de Inserção Periférica em Neonatos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

6. D'Elia C, Correia MS, Oliveira SD, Barbosa NMM. Fístula Broncovascular – Complicação de Cateter Venoso Central Percutâneo em Neonatos. J Pedatr. 2002 jul/ago; 78(4):347-50.

7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 258/01: Inserção de Cateter Periférico Central. Brasília: COFEN; 2001.

8. Freitas LCM. Curso de Qualificação em Inserção, Utilização e Cuidados com Cateter Venoso Central de Inserção Periférica – Neonatologia/ pediatria [CD-ROM]. São Paulo: SOBETI; 2004.

9. Polit DF, Hungle BP. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 7ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

10. Phillips LD. Manual de Terapia Intravenosa. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

11. Mantovani MMB. Curso de Qualificação em Inserção, e Manutenção do CCIP Neonatal – [CD-ROM]. Londrina: Hospital Universitário e HUNTEC; 2008.

Data de submissão: 9/12/2008
Data de aprovação: 15/7/2009

REME v13 n2.pmd 224 15/1/2010, 16:45

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL*

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE INDIVIDUOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Patrícia Magnabosco[1]
Maria Suely Nogueira[2]

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos hipertensos é menor se comparada com a população geral. A avaliação da QVRS dos hipertensos pode servir de subsídio para os profissionais de saúde no planejamento de estratégias mais eficazes na assistência dessa população. **Objetivos**: Identificar as dimensões de maior impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com hipertensão arterial, utilizando instrumento genérico de avaliação. **Material e métodos**: Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal com 131 sujeitos com diagnóstico de hipertensão arterial, residentes no município de Sacramento-MG, cadastrados no grupo de convivência. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). Para análise dos dados, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 11.5 A análise descritiva foi realizada por meio de tabelas e gráficos de distribuição de frequência e medidas descritivas como média e desvio-padrão. **Resultados**: Dos 131 sujeitos, 98 eram mulheres e 33 homens, a maioria idosa 88 (67,2%), com predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos 43 (32,8%). As dimensões do SF-36 que obtiveram menores escores foram vitalidade (64,4) e dor (70,3), enquanto as dimensões que apresentaram maiores escores foram aspectos sociais (86,7) e capacidade funcional (79,4). As dimensões que mais impactaram a QVRS dessa população coincidiram com os achados de outros estudos. **Conclusão**: Os resultados colaboram no planejamento, execução e avaliação dos profissionais de saúde na busca de meios efetivos que vão ao encontro da melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Hipertensão.

ABSTRACT

Introduction: Health-related quality of life (HRQoL) among patients with high blood pressure is reduced when compared to the general population. The evaluation of factors that influence HRQoL may be useful to elaborate a more efficient treatment planning for this population. **Aims:** This study aims to identify the main variables that reduce HRQoL in patients with high blood pressure by using a generic tool for evaluation. **Methods and Materials:** We performed a cross-sectional descriptive study with 131 individuals over 18 years of age who suffered from high blood pressure. All patients lived in the city of Sacramento - MG and had been attending a support group for at least one year before the interview. **Data were collected using** the Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). **Results:** Out of 131 patients, 98 were female and 33 were male. Most patients were elderly (67.2%) and the most frequent age range was 60 to 69 years old (32.8%). The SF-36 dimensions with the lowest scores were: vitality (64.4) and pain (70.3), whereas the dimensions with the highest scores were: social functioning (86.7) and functional status (79.4). The factors which most influenced the HRQoL were similar to other studies. **Conclusion:** These results may help health care providers to plan, perform and evaluate effective ways to improve quality of life in this population.

Key words: Quality of Life; Hypertension.

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en hipertensos es inferior a la de la población en general. La evaluación de la CVRS de hipertensos podrá ayudar a que los profesionales de la salud planifiquen estrategias más eficaces para atender a dicha población. **Objetivos**: Identificar las dimensiones de mayor impacto en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en individuos con hipertensión arterial utilizando instrumentos genéricos de evaluación. Fue realizado un estudio descriptivo transversal con 131 sujetos con más de 18 años diagnosticados con hipertensión arterial, residentes en el município de Sacramento - MG registrados en esta comunidad por un período mínimo de un año anterior a la fecha de la entrevista. El instrumento utilizado para recoger los datos fue el Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). **Resultados**: entre los pacientes había 98 mujeres y 33 varones, la mayoría eran personas mayores 88 (67,2%), 43 entre 60 y 69 años (32,8%). Las dimensiones del SF-36 mejor clasificadas fueron: Vitalidad (64,4) y dolor (70,3) y las peores: Aspectos sociales (86,7) y capacidad funcional (79,4). Las dimensiones que más impactaron la CVRS de esta población fueran las mismas de otros estudios anteriores. **Conclusión**: Los resultados sirven para los profesionales de la salud descubran, planifiquen, ejecuten y evalúen medios efectivos para mejorar la calidad de vida de esta población.

Palabras clave: Calidad de Vida; Hipertensión.

* Este trabalho apresenta parte dos resultados da dissertação de mestrado "Qualidade de vida relacionada a saúde entre hipertensos participantes de um grupo de convivência" da autora principal, defendido em agosto de 2007 pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP. Docente da Universidade Federal de Uberlândia-MG. E-mail:magnabosco@famed.ufu.br.

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. E-mail: msnog@eerp.usp.br. Endereço para correspondência: Av. Mato Grosso, 3.545 - Bairro Umuarama - CEP: 38405-314. Uberlândia-MG.

REME v13 n2.pmd 225 15/1/2010, 16:45

INTRODUÇÃO

Desde 1948, quando a OMS definiu saúde como não apenas a ausência de doença, mas também como bem-estar físico, mental e social, a qualidade de vida tem sido constantemente muito importante na prática dos cuidados de saúde e pesquisas.[1]

O tema "qualidade de vida" tem despertado o interesse de pesquisadores das várias áreas da saúde em todo o mundo. Uma busca na base de dados MEDLINE/PUBMED, utilizando como descritor *quality of life* (qualidade de vida), demostrou um crescente número de estudos nas últimas décadas. Entre 1970 e 1980, foram localizados 573 artigos e, a partir de 2001 a 2006, esse número aumentou para 27.931 artigos sobre o tema.[2]

No Brasil, em uma revisão bibliográfica da produção acadêmica sobre a temática "qualidade de vida" em quatro universidades públicas do Estado de São Paulo, entre 1999 e 2001, verificou-se que 70,9% das pesquisas incluíam essa variável.[3]

A discussão sobre qualidade de vida ganhou relevância. O avanço tecnológico na medicina e o desenvolvimento de novas drogas aumentaram a preocupação com a qualidade de vida, uma vez que esses fatores podem influenciá-la.[4]

Associar uma doença crônica com qualidade de vida tem sido um desafio para os profissionais da saúde, para as pessoas que vivenciam a doença crônica e para seus familiares.[5]

Diversos motivos justificam o interesse na pesquisa em Qualidade de Vida (QV), especialmente nos casos de doenças crônicas: conhecimento do impacto da doença sobre as atividades diárias, avaliação do impacto dos tratamentos com intenção de cura ou paliativos, obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos, possibilidade de melhoraria dos cuidados e reabilitações, avaliação das preferências do paciente perante o tratamento proposto,[6] e, ainda, respaldo de decisões de políticas de saúde direcionadas à diminuição do ônus das doenças.[7]

Qualidade de vida é um conceito amplo, subjetivo e polissêmico que tem motivado inúmeros estudos na área da saúde, especialmente voltados para pessoas com doenças crônicas. Trata-se de "uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial".[8]

A qualidade de vida compreendida subjetivamente é um objeto de prioridade no planejamento, na implementação e na avaliação das políticas de saúde e das decisões de tratamento[9]. A QV engloba, de modo geral, a percepção da saúde e seu impacto sobre as dimensões sociais, psicológicas e físicas.[8]

No contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos e na aplicação específica da prática clínica, que inclui aspectos relacionados à saúde, mas exclui outros fatores mais genéricos contemplados na abordagem ampliada do conceito de QV como rendimento, liberdade e qualidade do meio ambiente, a expressão mais usada é "qualidade de vida relacionada à saúde" (QVRS) – *health related quality of life*.[8-10]

Na tentativa de distinguir os conceitos de QV e QVRS, alguns autores atribuem ao primeiro o significado do bem-estar do indivíduo de modo mais generalizado, que é determinado tanto pelo estado de saúde como por outras variáveis, tais como relações sociais, situação de trabalho, dentre outras. Já QVRS corresponde aos aspectos de saúde valorizados pelas pessoas e que se sobrepõem aos componentes da QV geral. Explicam os autores que essa área de sobreposição compreende os estados de saúde e funções que são valorizados pelas pessoas e que influenciam diretamente a percepção subjetiva de bem-estar. Ressaltam que as medidas de saúde (estado e função de saúde) podem ser categorizadas como aquelas que as pessoas intrinsecamente valorizam (por exemplo, a habilidade de caminhar sem sentir falta de ar) e aquelas que não são valorizadas da mesma forma (por exemplo, o desempenho em testes laboratoriais), não dependendo, necessariamente da avaliação subjetiva das pessoas.[11]

Outros autores conceituam QVRS como a expressão que engloba outros conceitos, tais como a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a eles relacionados.[12,13] A QVRS é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial.[12] Um conceito similar apresenta a QVRS como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.[13]

Portanto, os referidos autores, destacam a dependência das respostas subjetivas dos pacientes na medida da QVRS como o fator que a diferencia dos outros aspectos do estado de saúde.

Ainda não existe um consenso entre os autores sobre o conceito de qualidade de vida e também de QVRS, dada a complexidade e a subjetividade do assunto. Na tentativa de chegar numa totalidade, novos temas passam a englobar sua definição. No entanto, para este estudo, consideramos como conceito de qualidade de vida relacionada à saúde aquele que abrange atributos valorizados pelo paciente incluindo a sensação de bem-estar, as atividades para as quais eles são capazes de manter razoável função física, emocional e intelectual, e o grau no qual eles conservam suas habilidades para participar das atividades de valores na família, no trabalho e na comunidade.[14]

Ao acompanharmos os pacientes com hipertensão, é importante considerarmos que os métodos usados para reduzir a pressão arterial não devem interferir na qualidade de vida desses pacientes.[15]

REME v13 n2.pmd 226 15/1/2010, 16:45

Alguns autores citam fatores que podem ser influentes na qualidade de vida dos pacientes hipertensos: os efeitos colaterais das drogas, as doenças que podem estar associadas à hipertensão, a necessidade de mudanças no hábito de vida e, também, o simples diagnóstico da doença, o qual provoca, aparentemente, a perda do silêncio do corpo e a lembrança da doença como fator de mortalidade.[16] Contudo, outros autores concluem que por ser a hipertensão arterial sistêmica (HAS) uma doença frequentemente assintomática, torna-se importante a avaliação da qualidade de vida dos sujeitos hipertensos a fim de contribuir para adequação do plano terapêutico.[17]

Em estudo realizado para avaliar a percepção da gravidade da doença e da qualidade de vida entre adultos hipertensos, concluiu-se que, embora a HAS seja doença grave que leva a sérias complicações cardiovasculares, na visão do hipertenso, sua doença não é grave e sua qualidade de vida é boa.[18]

Outro estudo com 5.404 pessoas, usando o instrumento Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), mostrou que, mesmo com a ideia tradicional de que HAS é uma doença assintomática, pessoas com HAS têm pior qualidade de vida relacionada à saúde do que as não hipertensas.[17] Alguns autores afirmam que isso se deve ao fato de perceberem que a saúde deles irá piorar se souberem que são portadores de uma doença crônica.[19,20]

Com este trabalho, objetivou-se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com hipertensão arterial participantes de um grupo de convivência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de corte transversal e abordagem quantitativa.

Os dados foram obtidos por meio do cadastro de pacientes com hipertensão arterial do grupo "Renascer" junto à equipe do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES). A população deste estudo foi estimada em 180 sujeitos com hipertensão arterial, a fim de assegurar melhor representatividade, devidamente inscritos no grupo "Renascer" do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES) do Município de Sacramento-MG.

Dos 180 pacientes com hipertensão arterial, 21 foram excluídos do estudo em razão da incompatibilidade com os critérios de inclusão, 22 não foram localizados e 6 foram a óbito. Portanto, a população do estudo foi composta por 131 pacientes com hipertensão arterial participantes do grupo "Renascer".

Os critérios de inclusão foram: sujeito com diagnóstico de hipertensão arterial, ter se cadastrado no grupo de educação em saúde no período mínimo de um ano anterior à data da coleta de dados (entrevista), morar no município de Sacramento-MG, ter idade superior a 18 anos, consentir em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período entre o final do mês de maio ao final do mês de agosto de 2006.

Na coleta de dados, optou-se por trabalhar com dois avaliadores. As entrevistas que abordaram a questão da QVRS foram realizadas por uma pessoa que não possuía vínculo com o grupo e que fora previamente treinada pela autora deste estudo. As outras informações da pesquisa foram obtidas pela autora e pesquisadora principal do estudo.

O formulário usado para coleta de dados sociodemográficos e clínicos foi previamente submetido a pré-teste com cinco pacientes com as mesmas características da população em estudo, quando possíveis falhas na formulação das questões poderiam ser identificadas, a clareza dos itens poderia ser confirmada, bem como a necessidade de adequação do vocabulário. O formulário constituiu-se por um questionário contendo questões fechadas e abertas abrangendo: dados sociodemográfico e econômico, comorbidades, uso de medicamentos, tempo (anos) progressão da HAS.

Para avaliar a QVRS, foi utilizado o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)[21] na versão em língua portuguesa.[22] O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS com 36 itens distribuídos entre 8 domínios: capacidade funcional (10), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. A abrangência do escore total do SF-36 é de 0 a 100 (0 pior QVRS e 100 melhor QVRS).[22]

A utilização do SF-36 na avaliação do ônus das doenças e na comparação de doenças específicas com o padrão da população geral é demonstrada em inúmeros artigos abrangendo mais de 200 doenças e condições. Dentre essas doenças estudadas, a hipertensão arterial está entre as mais frequentes.[23]

O interesse internacional pelo SF-36 tem aumentado. A tradução do SF-36 foi realizada em mais de 60 países e tem sido tema de destaque em de mais de 800 publicações.[24]

A escolha do SF-36 para este estudo ocorreu por ser um instrumento traduzido e validado no Brasil,[25] bem desenhado, multidimensional, de fácil e rápida administração e compreensão e de utilização em diversas doenças crônicas, além de ótima confiabilidade, apresentando α de Cronbach de 0,90 em um trabalho realizado com pacientes portadores de artrite.[22]

A análise descritiva foi apresentada por meio de tabelas e gráficos, com distribuição de frequência e medidas descritivas como média, mediana e desvio-padrão.

Para analisar a consistência interna das respostas dos domínios do SF-36, foi utilizado alfa ($\propto$) de Cronbach. As correlações entre os domínios do SF-36 e outras variáveis contínuas foram calculadas com o teste de correlação de Sperman.

REME v13 n2.pmd 227 15/1/2010, 16:45

Foi utilizado o programa SPSS *Windows Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5.

Para a realização desta pesquisa foi obtida, inicialmente, autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento-MG, órgão responsável pelo grupo de educação em saúde. Posteriormente, foi submetida à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Em todas as entrevistas realizadas era entregue ao indivíduo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo, assim, sua autorização para a participação na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos pacientes participantes, 98 eram mulheres e 33 homens, a maioria idosa 88 (67,2%), com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos 43 (32,8%). Quase a metade, 65 (49,6%), ganhava entre um a dois salários mínimos e 47 (35,8%) ganhava menos de um salário mínimo.

A TAB. 1 apresenta as médias, desvios-padrão, medianas, amplitudes interquartilicas, mínimos, máximos e alfa de Cronbach para cada item do SF-36.

TABELA 1 – Estatística descritiva e coeficiente alfa de Cronbach dos domínios do SF-36. Sacramento-MG, 2007

Domínios-SF-36	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Amplitude interquartílica	∝ Cronbach
Capacidade funcional(10)	79,4	16,1	85,0	0,0	100,0	15,0	0,85
Aspectos físicos (4)	72,9	43,4	100,0	0,0	100,0	75,0	0,98
Dor (2)	70,3	23,2	72,0	22,0	100,0	49,0	0,91
Estado geral de saúde (5)	75,8	13,6	82,0	12,0	100,0	10,0	0,77
Vitalidade (4)	64,4	19,3	70,0	15,0	100,0	25,0	0,83
Aspectos sociais (2)	86,7	20,1	100,0	25,0	100,0	25,0	0,81
Aspectos emocionais (3)	75,8	42,3	100,0	0,0	100,0	33,3	0.99
Saúde mental (5)	76,2	16,0	80,0	24,0	100,0	20,0	0,83

Em todas, os domínios do SF-36 obteve-se uma consistência interna, medida pelo (∝) de Cronbach, superior a 0,70, sendo que o menor valor foi 0,77 e o maior, 0,99 indicando consistência do instrumento.

Os valores médios dos escores encontrados variaram de 64,4 a 86,7. Considerando que o escore do SF-36 possui abrangência de 0 a 100, onde 0 representa o pior estado e 100 o melhor, e os valores obtidos neste estudo foram acima de 50 para todas as dimensões, verificamos que os sujeitos da pesquisa perceberam que tinham uma boa QVRS.

As dimensões que apresentaram maiores médias foram: aspectos sociais (86,7), capacidade funcional (79,4) e saúde mental (76,2). As que apresentaram menores escores foram: vitalidade (64,4), dor (70,3) e aspectos físicos (72,9). Percebe-se que os domínios referentes à saúde físicas afetaram mais a QVRS dos hipertensos que os domínios referentes à saúde mental. Esse resultado foi também demonstrado em outros estudos realizados nesta população.[26,27]

Em estudo realizado na Suécia com o objetivo de comparar a QVRS de hipertensos e não hipertensos, utilizando o SF-36, os autores observaram que os hipertensos apresentaram escores menores em todos os domínios comparados à população geral, exceto para os componentes aspectos emocionais e saúde mental. O domínio que apresentou menor escore foi estado geral de saúde, enquanto o aspecto social apresentou maior escore.[17] Em nosso estudo, o valor do componente aspecto social também foi o mais elevado entre os oito componentes.

Em outro estudo, também utilizando o SF-36 para avaliar a QVRS de indivíduos com hipertensão, os resultados revelaram comprometimento dos sujeitos hipertensos em relação à vitalidade, domínio que apresentou escores menores (56), enquanto que os aspectos sociais apresentaram escores maiores (77).[28]

Um estudo desenvolvido com 256 sujeitos hipertensos utilizando o SF-36 objetivando descrever a QVRS dessa população revelou, também, resultados semelhantes: o domínio vitalidade apresentou menores escores (64,7) e o domínio aspectos sociais maiores escores (87,7).[22]

Observou-se também, nos estudos citados, escores menores no domínio vitalidade, que é composto de quatro itens relacionados a vigor, energia, esgotamento e cansaço, e escores maiores no domínio aspectos sociais, que é composto por dois itens relacionados à interferência dos problemas físicos ou emocionais nas

REME v13 n2.pmd 228 15/1/2010, 16:45

atividades sociais normais. Os resultados foram similares aos do nosso estudo.

Uma explicação para esses resultados, referentes aos valores baixos dos escores do domínio vitalidade, seria a associação da hipertensão com sintomas de cefaleia, ansiedade e astenia. Outra explicação seriam os efeitos colaterais dos medicamentos anti-hipertensivos, como mudanças de humor, fadiga e distúrbio do sono.[29,30]

Outro estudo mostrou a relação de alguns sintomas com os níveis pressóricos alterados, em que pessoas hipertensas com PA diastólica acima de 95 mmHg relataram significantes sintomas de ansiedade e distúrbios do sono mais que pessoas hipertensas limítrofes ou normotensas.[31]

Por ser a hipertensão uma doença crônica e na maioria das vezes considerada assintomática pelos pacientes, a dor não constitui um sintoma frequente. A queixa de dor aparece em decorrência de outras patologias ou da presença das complicações da hipertensão, como o infarto agudo do miocárdio.[32]

Ainda no estudo desenvolvido com 256 hipertensos, a dor ocupou o terceiro pior escore, 41,4% responderam que a intensidade da dor no corpo era muito grave, geralmente decorrente de problemas de mobilidade (dores articulares e na coluna lombar).[27]

Neste estudo, a dor representou o segundo pior escore. A maioria (30,5%) dos hipertensos cadastrados no grupo respondeu que a intensidade da dor no corpo era moderada. Apenas 5,3% responderam que era grave e nenhum respondeu que era muito grave.

Na TAB. 2, encontram-se os coeficientes de correlação de Spermam entre as dimensões do SF-36 e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência.

TABELA 2 – Correlação de Spermam entre as dimensões do SF-36 e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Sacramento-MG, 2007

Variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
Anos de estudo	0,12	0,01	0,12	0,28**	0,16	0,06	0,10	0,08
Renda familiar	0,24**	0,18*	0,07	0,15	0,21*	0,24**	0,20*	0,24**
Numero de medicamentos	-0,09	-0,03	-0,07	-0,02	-0,02	-0,11	0,00	-0,09
Numero de morbidade	-0,36**	-0,23**	-0,28**	-0,09	-0,35**	-0,34**	-0,22*	-0,37**
Tempo(anos) progressão da HAS	-0,07	0,01	-0,01	-0,03	-0,007	-0,018	0,02	-0,002

** Estatisticamente significante para p<0,01, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

* Estatisticamente significante para p<0,05, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

Foram investigadas, neste estudo, nove comorbidades: diabetes *mellitus* (DM), insuficiência renal (IR), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência coronariana obstrutiva (ICO), angina do peito, obesidade e doença vascular periférica (DVP). A constatação da presença ou não dessas morbidades entre os participantes foi verificada por meio dos prontuários dos sujeitos.

A maioria dos participantes – 90 (68,8%) – apresentou pelo menos uma dessas morbidades, sendo que 54 (41,2%) apresentavam apenas uma e 20 (15,3%) apresentavam duas morbidades. Entre as comorbidades de maior frequência, em ordem decrescente, foram encontradas a obesidade 41(30,5%), a diabetes *mellitus* 21(16%) e a ICO 17 (13%).

O número de comorbidades apresentou correlação na qualidade de vida dos participantes. Essa constatação foi confirmada pelo teste de coeficiente de correlação de Spermam com resultado negativo e estatisticamente significante para todos os domínios do SF-36, exceto para estado geral de saúde (TAB. 2).

Os participantes que faziam uso de um ou dois medicamentos apresentaram escores maiores em todos os domínios do SF 36, comparados aos participantes que fazem uso de três ou quatro medicamentos anti-hipertensivos. Embora a correlação tenha sido negativa com todos os domínios, exceto para aspectos emocionais, os valores não foram estatisticamente significativos.

Autores têm argumentado que a baixa QVRS entre hipertensos está relacionada às consequências das complicações causadas pela HAS, e não pela hipertensão isoladamente.[33-35]

Estudos apontam que a presença de outra doença crônica interfere na QVRS de indivíduos hipertensos, tornando-se essencial a abordagem dessas na análise da QVRS dos hipertensos.[17]

Em todos os domínios do SF36, a classe que ganha menos de um salário mínimo apresentou escores menores se comparada às classes de maior renda *per capita*, que ganham mais de um salário mínimo. Exceto no domínio dor, todos os outros domínios apresentaram correlação com média salarial estatisticamente

REME v13 n2.pmd 229 15/1/2010, 16:45

significante. Esses dados indicam que a renda representa um fator influente na QVRS dos hipertensos participantes do grupo de convivência. Aqueles que possuem melhor renda têm melhor QVRS. Esse resultado apresenta concordância com outros estudos que encontraram melhor QVRS entre indivíduos com maior rendimento.[17-36]

CONCLUSÃO

Foram detectados alguns fatores relacionados à QVRS dos hipertensos cadastrados no grupo "Renascer", o que torna importante para a implementação de atividades educativas visando à melhoria da QVRS desses hipertensos.

A renda familiar *per capita* e o número de comorbidades foram os fatores que mais apresentaram correlação com a QVRS dos hipertensos cadastrados no grupo de convivência "Renascer". O único domínio que não apresentou correlação estatisticamente significante com renda familiar foi o da dor, e entre o número de comorbidades foi o estado geral de saúde.

O tempo de progressão da HAS parece não interferir na QVRS dos hipertensos cadastrados no grupo Renascer em nenhum domínio.

Dada a importância da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde nas decisões terapêuticas, torna-se indispensável o desenvolvimento de estudos que investiguem a percepção do paciente e do impacto que a própria doença causa-lhes na vida.

Os resultados deste estudo oferecem subsídios para a implementação e a otimização de serviços que colaborem para a melhoria da qualidade de vida de hipertensos.

REFERÊNCIAS

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med. 1996; 334(13):835-4.

2. Zanei SSV. Análises dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL- bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares. [tese].São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

3. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo M. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev Latinoam Enferm. 2003 jul/ago; 11(4):532-8.

4. Pierin AMG. Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004. 372 p.

5. Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Betina HSM. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Latinoam Enferm. 2005 jan/fev; 13(1):7-14.

6. Taylor SE. Health psychology. 4ª. ed. Boston: Mc GrawHill; 1999.

7. Fletcher A. Economic of hypertension control. Bull WHO. 1995; 73(4):417-24.

8. Minayo MCS, Hartz ZMA, Kimura M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000 jan/jun; 5(1):7-18.

9. Oleson M. Subjectively perceived quality of life. Image J Nurs School. 1990; 22(3):187-90.

10. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester: Wiley & Sons; 2000.

11. Heyland DK, Guyatt GH, Cook DJ, Mead M, Juniper E, Croninl et al. Frequeny and methodologic rigor of quality of life assessment in the critical care literature. Crit Care Med. 1998; 26(3):591-8.

12. Auquier P, Simeoni MC, Mendizazbal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. Revue Prevenir. 1997; 33:77-86.

13. Gianchello AL. Health outcomes research in Hispaniccs/Latinos. J Med Systems. 1996; 21(5):235-54.

14. Wenger NK, Furberg CD. Cardiovascular disorders. In: Silker B. Quality of life assessment in clinical trials. New York: Raven Press; 1990.

15. Fletcher A. Quality of life in the management of hypertension. Clin Exp Hyperten. 1999; 21(5-6):961–72.

16. Bulpitt CJ, Dollery CT, Carnes S. Change in symptoms of hypertension patients after referral to hospital clinic. J Br Heart. 1976; 38:121-8.

17. Bardage C, Isacson DGL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol. 2001; 54:172-81.

18. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev Latinoam Enferm. 2001; 9(3):51-7.

19. Mchorney CA, WARE JE, Raczek AE. The MOS 36-item short-form helth survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical health and mental constructs. Med Care. 1993; 31:247-63.

20. Ware JE, Snow K, Kosinski M, Gandek B. Health survey manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.

21. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care. 1992; 30(6):473-83.

22. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. Medical Outcomes Study 36-item short - form health servey (SF-36) [tese] Sã Paulo: Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP; 1997.

23. Turner DMB, Bartley PJ, Ware Jr JE. SF-36® Health Survey & "SF" Bibliography: 3Th ed. (1988-2000). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2002.

REME v13 n2.pmd 230 15/1/2010, 16:45

24. IQOL International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. [Cited 2007 Mar 20]. Avaliable from:< http://www.iqola.org/>.

25. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36 Physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston, MA: Health Institute; 1994.

26. Fernandez LJA, Siegrist J, Hernandez MR, Broer M, Cuetoespinar A. A study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparision with the general population of the same environment. J Clin Epidemiol. 1994; 47:1373-80.

27. Silqueira, SMF. O questionário genérico SR-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005. 117 p.

28. Lima JC. Tradução para o português e validação do questionário específico para avaliação da qualidade de vida em hipertensos de Bulpitt e Fletcher [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002. 154f.

29. Avorn J, Everitt De, Weiss S. Increased antidepressant use in patients prescribed beta-blockers. JAMA. 1986; 255:357-60.

30. Dimenas E, Wiklund I, Sahlof CG, Lindvall KG, Olofsson BK, De Faire UH. Differences in the subjetivo well-being and symptoms of normotensives: borderline hypertensives and hypertensives. J Hypertens. 1989; 7:885-90.

31. Cote I, Moisan J, Chabot I, Grégoire JP. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. J Clin Pharm Ther. 2005; 30:355-362.

32. Black JM, Matassarin J, Luckman S. Enfermagem médico cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4ª. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan; 1996. 1271p.

33. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Well K, Rogers WH, Berry SD et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. JAMA. 1989; 262: 907-13.

34. Kullman S, Svardsudd K. Differences in perceived symptoms: quality of life in untreated hypertensive and normotensive men. Scand J Prim Health Care. 1990; 1:47-53.

35. Lahad A, Yodfar Y. Impact of comorbidity on well-being in hypertension: case control study. J Hum Hypertens. 1993; 7:611-4.

36. Marmot M, Smith G, Stansfeld S, Patel C; North F, Head J et al. Health inequalities among British civil servants: the Whichall II study. Lancet. 1991; 337:1387-93.

Data de submissão: 30/6/2008
Data de aprovação: 13/7/2009

REME v13 n2.pmd 231 15/1/2010, 16:45

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES HIPERTENSAS

NURSING DIAGNOSES AMONG PREGNANT PATIENTS WITH HYPERTENSION

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADAS HIPERTENSAS

Annelita Almeida Oliveira Reiners[1]
Majoreth Dióz[1]
Neuma Zamariano Fanaia Teixeira[1]
Priscila Maria da Silva Gonçalves[2]

RESUMO

Estudo descritivo e exploratório cujo objetivo foi levantar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em gestantes hipertensas de um hospital universitário. A coleta dos dados foi realizada com 10 gestantes por meio de entrevista semiestruturada e exame físico, utilizando-se um instrumento baseado nos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon. Os dados foram analisados, categorizados e sintetizados seguindo-se o modelo de raciocínio diagnóstico hipotético-dedutivo de Gordon. Foram identificados 13 diagnósticos de enfermagem, sendo que, dentre eles, os mais frequentes foram "Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde"; "Manutenção ineficaz da saúde"; "Controle ineficaz do regime terapêutico"; "Ansiedade"; "Padrão de sono perturbado"; "Imagem corporal perturbada"; "Padrão de sexualidade alterado"; e "Volume excessivo de líquidos". A identificação desses diagnósticos permitiu o vislumbre dos problemas de enfermagem que as gestantes hipertensas da unidade pesquisada têm apresentado, bem como apontou para a necessidade de incrementar a prática de educação em saúde voltada para essa clientela.

Palavras-chave: Hipertensão Induzida pela Gravidez; Diagnóstico de Enfermagem; Gravidez de Alto Risco.

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study that aims to assess the most frequent nursing diagnoses among pregnant patients with hypertension from a public hospital. Ten pregnant patients underwent a semi – structured interview and a physical examination. Data collection tools were based on Gordon's Functional Health Patterns. Data were analyzed, categorized and synthesized following the hypothetical-deductive model of Gordon. Thirteen diagnoses were identified. The most frequent ones were: poor knowledge about the health problem; ineffective health maintenance; ineffective management of therapeutic regimen; anxiety; disturbed sleep pattern; disturbed body image; altered sexuality patterns and fluid volume excess. These results show us the main nursing problems that pregnant women with hypertension present. It also points out the need to improve health education practices in this population.

Key words: Hypertension, Pregnancy-Induced; Nursing Diagnosis; High-risk Pregnancy.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo cuyo objetivo fue levantar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en embarazadas hipertensas de un hospital escuela. La recogida de datos fue realizada con 10 embarazadas por medio del examen físico y entrevista semiestructurada usando un instrumento basado en los Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Los datos fueron organizados y analizados según el modelo del razonamiento diagnostico hipotético-deductivo de Gordon. Entre los trece diagnósticos de enfermería identificados los más frecuentes fueron Conocimiento deficiente de su problema de salud, Manutención ineficaz de la salud, Control ineficaz del régimen terapéutico, Ansiedad, Patrón del sueño alterado, Imagen corporal perturbada, Modelo de la sexualidad alterado y Volumen excesivo de líquidos. La identificación de estos diagnósticos permitió vislumbrar los problemas de enfermería de las embarazadas hipertensas, señalando también la necesidad de aumentar la educación en salud centrada en esta clientela.

Palabras clave: Hipertensión Inducida en el Embarazo;Diagnósticos de Enfermería; Embarazo de Alto Riesgo.

[1] Enfermeiras. Doutoras. Docentes da Universidade Federal de Mato Grosso.
[2] Graduanda da Universidade Federal de Mato Grosso.
Endereço para correspondência: Annelita Almeida Oliveira Reiners .Rua Zulmira Canavarros, 313, centro. CEP: 78005-390, Cuiabá-MT. E-mail: reiners17@hotmail.com.

REME v13 n2.pmd 232 15/1/2010, 16:45

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é um grave problema de saúde pública porque atinge milhões de pessoas em todo o mundo. Há grupos que, por vivenciarem uma situação especial na vida, são alvo de maior atenção por parte dos profissionais de saúde. É o caso de mulheres hipertensas quando engravidam.

A HA afeta entre 5% a 10% das grávidas da população geral, sendo mais frequente entre aquelas que apresentam antecedentes de pré-eclâmpsia, HA crônica ou nulíparas.[1] No Brasil, onde a HA incide em cerca de 10% das gestações, as síndromes hipertensivas são responsáveis por 66% das mortes maternas.[2] A doença é a condição mais comum encontrada nas mulheres brasileiras que apresentam gravidez de alto risco e traz implicações significantes na morbidade e mortalidade materna e perinatal que ainda são consideradas altas, na maioria das vezes decorrentes das intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis. Se considerarmos todo o país, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia ocupa o primeiro lugar na causalidade de morte.[3]

As mulheres com hipertensão na gravidez são consideradas mais vulneráveis e necessitam de maior atenção por parte dos profissionais de saúde por estarem sujeitas a complicações que, por vezes, exigem transferência para unidades de terapia intensiva, dados os riscos para a mãe, o feto e o recém-nascido. E a assistência à saúde dessas mulheres inclui cuidados médicos e de enfermagem que dependem de diagnósticos precisos a fim de que sejam implementados e avaliados de maneira adequada às suas necessidades.

No que concerne à atenção da enfermagem prestada a essa clientela, os diagnósticos de enfermagem necessitam ser conhecidos para que os enfermeiros tenham condições de propiciar atendimento adequado aos seus problemas, pois desse atendimento dependerá a qualidade de saúde e vida das gestantes assistidas.

Embora, na nossa prática de ensino e assistência, deparemos com diversos problemas de enfermagem identificados em mulheres gestantes hipertensas, de forma sistemática, não sabíamos quantos e nem quais eram os diagnósticos mais frequentes nessa clientela. Alguns estudos sobre diagnósticos de enfermagem em gestantes têm sido desenvolvidos e têm fornecido conhecimento relevante sobre essa clientela.[4-7] Entretanto, ainda são poucas as pesquisas com grávidas de alto risco, particularmente com hipertensão gestacional.

Dessa forma, o objetivo com esta pesquisa foi identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma clientela de gestantes hipertensas internadas em um hospital universitário da rede pública de saúde de Cuiabá-MT.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Local, no Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), uma instituição pública que é referência no Estado de Mato Grosso e na região Centro-Oeste, no atendimento a mulheres gestantes de alto risco. Possui para tal, um ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco e uma unidade de internação gineco-obstétrica, nas quais a enfermagem está presente e desempenha papel importante.

Participaram do estudo 10 gestantes selecionadas com base nos seguintes critérios de inclusão: ser hipertensa, ter idade $\geq$ a 18 anos, ser atendida ou no ambulatório de Alto Risco ou na unidade de internação durante o período de coleta dos dados e consentir em participar da pesquisa.

As gestantes tinham idade entre 20 e 38 anos, pressão arterial variando entre 110 X 60 mmHg e 150 X 100 mmHg (com uso de medicamentos anti-hipertensivos), sendo que a maioria delas apresentava antecedentes familiares de HA. A maior parte residia em Cuiabá, com seus parceiros, trabalhando em casa e tinha o ensino médio completo ou em curso. Dentre as gestantes pesquisadas, uma era primigesta e quatro secundigestas, duas tercigestas e três multigestas. A maioria tinha tido abortos anteriores e se encontrava no terceiro trimestre de gravidez.

Os dados foram coletados pelas pesquisadoras após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das participantes, no período de maio a setembro de 2006, em local apropriado, de modo a resguardar a privacidade delas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e exames físicos utilizando um instrumento elaborado com base no referencial dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon,[8] que continha questões referentes a dados demográficos, dados obstétricos e cada padrão funcional. A duração média das entrevistas foi de 1h10.

Os dados foram analisados, categorizados e sintetizados seguindo-se o modelo de raciocínio diagnóstico hipotético-dedutivo de Gordon,[8] que prevê as seguintes etapas: coleta, interpretação e agrupamento das informações, e nomeação do agrupamento. Nessa última etapa, foram utilizados os diagnósticos propostos pela North American Nursing Diagnosis Association[9] e por Carpenito.[10]

Os diagnósticos de enfermagem foram, então, quantificados e as frequências absoluta e relativa, calculadas. Para fins de análise, os resultados foram dispostos em um quadro e interpretados. Os aspectos relevantes dos diagnósticos de enfermagem de maior frequência foram discutidos com base na literatura existente sobre o assunto e nas experiências das pesquisadoras.

REME v13 n2.pmd 233 15/1/2010, 16:45

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características das gestantes, destacamos a presença de dois fatores predisponentes. O primeiro refere-se à idade das mulheres pesquisadas (entre 20 e 38 anos). Os extremos da idade reprodutiva, antes de 19 e após 35 anos, são acompanhados de maior incidência de pré-eclâmpsia. As mudanças estruturais nos vasos, que ocorrem comumente nas pacientes com idade mais avançada, e a primiparidade, mais frequente no limite inferior de idade, parecem ser os fatores relacionados com a maior incidência da doença nessas faixas etárias.[3]

Além disso, as mulheres mais jovens, geralmente, são primigestas e estão em contato com o vilo corial pela primeira vez, o que vai ao encontro da hipótese de haver o envolvimento do sistema imune materno, no desenvolvimento da patologia, pela ativação endotelial generalizada que provocaria reatividade vascular e vasoespasmo generalizado. A relação da enfermidade com a idade mais avançada, por sua vez, repousa na preexistência de doença vascular.[11]

A presença de hipertensão, tanto no que se refere à doença hipertensiva na gravidez atual quanto aos antecedentes familiares dessas mulheres, aparece como outro importante fator predisponente a ser considerado. A história familiar, que ao longo dos anos sempre foi considerada forte fator de risco para doenças cardiovasculares, ganhou, na atualidade, maior relevância com as recentes descobertas da genética humana.[3,12]

Mulheres grávidas com história de hipertensão devem ser alertadas sobre os riscos que correm na gestação e sobre o risco de desenvolver doenças cardiovasculares no futuro. Além disso, tais mulheres devem ser acompanhadas mesmo após o parto, para detectar outros fatores de risco para aquelas doenças.[13,14]

A complexidade da citada patologia, além de requerer da equipe de enfermagem assistência clínica eficaz e eficiente, demanda, também, atividades educativas que visam à estruturação física e emocional das gestantes para redução dos agravos decorrentes da doença e ao *empowerment* delas na busca de assistência qualificada.[15]

No QUADRO 1, apresentamos os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nessa clientela, destacando os três primeiros: Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde, Manutenção ineficaz da saúde e Controle ineficaz do regime terapêutico.

QUADRO 1 – Distribuição das gestantes hipertensas segundo os diagnósticos de enfermagem encontrados. Cuiabá-MT, 2006

TÍTULO	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	N	%
Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde	Falta de acesso a informações suficientes	Expressão verbal do problema	8	80
Manutenção ineficaz da saúde	Vergonha e percepção equivocada sobre cuidado com a saúde	Relato de ausência de comportamento de busca de saúde	5	50
	Causa inespecífica	Relato de ausência de comportamento de busca de saúde		
	Falta de tempo			
	Falta de vontade			
Controle ineficaz do regime terapêutico	Dificuldades percebidas	Verbalização de que não agiu para incluir parte dos itens do tratamento	5	50
	Ansiedade			
	Dificuldades percebidas e falta de tempo			
	Barreira para compreensão secundária à motivação			
	Falta de tempo pela quantidade excessiva de tarefas domésticas			
Ansiedade	Estado de saúde do bebê	Verbalização de preocupação	4	40
	Parto	Verbalização de preocupação e nervosismo		
	Problemas na família e ameaça real à integridade biológica secundária à doença			

Continua na página 235.

REME v13 n2.pmd 234 15/1/2010, 16:45

Continuação da página 234.

TÍTULO	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	N	%
Padrão de sono perturbado	Falta de ar	Relato de diminuição nas horas de sono	4	40
	Falta de ar e medo do parto	Relato de alteração no padrão do sono		
	Causa inespecífica			
	Ameaça real à integridade biológica secundária à doença e à hospitalização			
Imagem corporal perturbada	Mudanças do corpo secundárias à gestação	Verbalização de percepção negativa sobre o próprio corpo	4	40
Padrão de sexualidade alterado	Causa inespecífica	Relato de mudança do comportamento sexual-padrão e ausência de libido	4	40
	Volume abdominal aumentado pela gravidez	Relato de mudança do comportamento sexual-padrão		
	Disfunção na eliminação urinária			
	Problemas psicológicos			
Volume excessivo de líquidos	Compressão venosa pelo útero gravídico	Edema nos MMII	4	40
Risco para constipação	Mudança ambiental recente, nos padrões habituais de comida e alimentação e peristaltismo diminuído secundário à gravidez		2	20
Conforto alterado	Volume abdominal aumentado pela gravidez	Relato de desconforto	2	20
Dor aguda	Contrações uterinas e espasmos da musculatura da região lombar	Relato verbal do problema	1	10
Processos familiares interrompidos	Saída do companheiro de casa	Mudanças no apoio mútuo e de papel	1	10
Medo	Parto	Verbalização do problema	1	10

"Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde" e "Manutenção ineficaz da saúde" foram encontrados em estudos anteriores[5-7] realizados com gestantes. Em uma investigação realizada com gestantes de risco,[5] 15 delas com HA, as autoras encontraram o diagnóstico de enfermagem "Manutenção ineficaz da saúde". Em outro estudo,[6] as pesquisadoras identificaram conhecimento deficiente em gestantes durante todo o pré-natal. Entretanto, o diagnóstico de "Controle ineficaz do regime terapêutico", encontrado em nosso estudo em cinco mulheres que alegavam dificuldades para seguir as recomendações seja por falta de tempo, seja por falta de motivação, seja mesmo por ansiedade, não foi evidenciado nesses estudos.

A natureza desses três diagnósticos sugere que há deficiências na educação em saúde que necessariamente devem ser sanadas pelos profissionais que prestam assistência pré-natal às gestantes, especialmente os enfermeiros. É imperativo que esses profissionais tomem para si a responsabilidade de desenvolver ações educativas com as grávidas para que adquiram conhecimentos e desenvolvam atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado na gestação, em relação à hipertensão e à saúde em geral.

Igualmente importante seria o fornecimento de orientações sobre os medicamentos anti-hipertensivos: o uso correto e a continuidade deles, bem como a relação deles com os processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção, até mesmo suas variações e as consequências de ingeri-los a cada trimestre gravídico.[15]

O uso de automedicação deve ser objeto de conversa com as mulheres grávidas, pois essa é uma prática comum entre elas. Recomenda-se aos profissionais de saúde que orientem as mulheres grávidas sobre os possíveis benefícios das drogas e os potenciais riscos teratogênicos delas.[16]

REME v13 n2.pmd 235 15/1/2010, 16:45

O diagnóstico de "Ansiedade", também encontrado nessa clientela, relacionado, principalmente, às ameaças percebidas pelas gestantes à sua integridade física e à do feto, também poderia ser minimizado pelas ações de educação em saúde.

A ansiedade é um problema que não deve ser subestimado pelo enfermeiro, pois hoje se admite a estreita vinculação entre estados de ansiedade e intercorrências clínico-obstétricas, dentre elas a doença hipertensiva específica da gravidez.[17]

Esclarecimentos sobre o estado de saúde da gestante e do bebê, bem como sobre os cuidados que lhes serão dispensados poderiam tranquilizar a mulher grávida, favorecendo a recuperação e a manutenção da saúde de ambos. Recomenda-se que o enfermeiro incentive a gestante a empregar as habilidades de enfrentamento da ansiedade usadas por ela no passado. Da mesma forma, que ensine novas habilidades de enfrentamento como relaxamento e técnicas de respiração.[18]

Mais um diagnóstico de enfermagem frequente na clientela estudada foi o de "Padrão de sono perturbado", encontrado, também, em outras pesquisas com gestantes,[5-7,19,20] evidenciando que esse problema é comum em gestantes. Karan, Rosa, Barbosa, Brito e Santos[20] afirmam que 75,8% das 66 gestantes pesquisadas apresentaram padrão de sono perturbado com uma forte associação com a ocorrência de urgência urinária. Isso é explicado pela acentuada anterverso-flexão uterina sobre a bexiga no primeiro trimestre ou do polo fetal – geralmente cefálico – sobre esta, no terceiro trimestre, ou ainda ao efeito diurético associado a alguns anti-hipertensivos.

A constatação da frequência desse problema nas gestantes demanda a necessidade de o enfermeiro planejar ações que melhorem o sono e o repouso das gestantes, prevenindo a fadiga física e mental decorrente da sua falta ou prejuízo. Uma orientação seria evitar a ingestão exagerada de líquidos antes de dormir – especificamente aqueles que contêm cafeína.[21] Outras medidas, como redução de ruídos e da iluminação, relaxamento muscular progressivo e imageação orientada, também poderiam ajudar a gestante a dirimir esse problema.[18]

O diagnóstico de "Volume excessivo de líquidos" esteve presente nas gestantes pesquisadas tanto quanto em outros estudos.[5,7,20] Esse diagnóstico deve ser interpretado como um fenômeno fisiológico da gravidez. Entretanto, em gestantes hipertensas, o edema é um dos sinais para a possibilidade de DHEG. A perda de plasma para o espaço extravascular constitui-se em um dos mecanismos compensatórios da HA que resulta no aparecimento de edema.[22]

O enfermeiro pode trabalhar para ajudar a reduzir ou combater a presença do edema, que muitas vezes causa desconforto à gestante. Orientar quanto à manutenção das extremidades inferiores elevadas, ao controle do volume de líquidos e do peso, bem como à proteção da pele edemaciada, constituem algumas das possíveis intervenções.[7]

Destacaram-se entre os diagnósticos deste estudo o de Imagem corporal alterada e o de padrão de sexualidade alterado, diagnósticos igualmente encontrados por outros pesquisadores.[5,23]

O período de gravidez é caracterizado por intensas mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais que podem exercer influência direta e indireta na percepção da imagem corporal e na sexualidade da gestante. As alterações fisiológicas e psicoemocionais decorrentes da gravidez estão entre as mais significativas que o corpo humano, em sua totalidade, pode experimentar, e podem gerar respostas variadas por parte de cada mulher que experencie a gravidez.[24]

Essas mudanças, no corpo e no contexto de vida da mulher, podem fazê-la sentir-se menos atraente e provocar modificações em sua libido. Algumas se mostram sexualmente mais interessadas, enquanto outras se apresentam um tanto indiferentes.[25]

É papel do enfermeiro, numa relação terapêutica, conversar com a mulher gestante e, sempre que possível, com seu companheiro, sobre as mudanças vivenciadas nesse período, dando-lhes oportunidade de verbalizar seus sentimentos e percepções, bem como suas dúvidas e preocupações.

Cabe ao enfermeiro esclarecer que as relações sexuais, necessariamente, não precisam sofrer restrições durante a gravidez, a menos que seja constatado rompimento das membranas ovulares, sangramento ou haja ameaça de abortamento ou de trabalho de parto. Nesses casos, o enfermeiro pode discutir com o casal opções alternativas de expressão sexual.[18,26]

Da mesma forma, é importante que o enfermeiro ajude a gestante a aceitar as mudanças no seu corpo como naturais e temporárias, identificando os aspectos positivos de sua aparência, promovendo, assim, melhor percepção de si mesma.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu a identificação de 13 diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas, sendo que, dentre eles, os mais frequentes foram "Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde", "Manutenção ineficaz da saúde", "Controle ineficaz do regime terapêutico", "Ansiedade", "Padrão de sono perturbado", "Imagem corporal perturbada", "Padrão de sexualidade alterado" e "Volume excessivo de líquidos".

A identificação desses diagnósticos permitiu vislumbrar os problemas de enfermagem que as gestantes hipertensas da unidade pesquisada têm apresentado, bem

REME v13 n2.pmd 236 15/1/2010, 16:45

como apontou para a necessidade de incrementar a prática de educação em saúde voltada para essa clientela.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar a assistência de enfermagem à gestante para considerá-la como participante de um grupo no qual se espera que a evolução do ciclo gravídico-puerperal tenha sucesso.

Nesse sentido, considerando o conjunto de desafios para o alcance desse objetivo, ressalte-se a atuação competente do enfermeiro nos programas de pré-natal para identificação de problemas reais e potenciais da gestante e o manejo adequado das diversas situações existentes.

REFERÊNCIAS

1. Consenso Latino-Americano sobre Hipertensão Arterial. J Hypertens. 2001 Jul; 6(2Pt 1):83-110.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

3. Netto HC. Obstetrícia básica. São Paulo(SP): Atheneu; 2005.

4. Lacava RMVB, Barros SMO. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1):9-17.

5. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12(2):175-82.

6. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Rev Bras Enferm. 2005; 58(6):659-64.

7. Santos ZMSA, Silva ARV, Silva RM, Aragão KS. Diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso. Nursing 2007; 10(109):263-9.

8. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis (Boston): Mosby; 1994.

9. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001-2002. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.

10. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8th ed. Porto Alegre(RS): Artmed; 2002.

11. Sass N, Cançado RR, Oliveira ML, Torloni MR. Corticoterapia pré-natal nas síndromes hipertensivas da gestação e seus efeitos na pressão arterial materna. Rev Ass Med Brasil. 2001; 47(3):255-8.

12. Bortolotto MRFL, Bortolotto LA, Zuaib M. Hipertensão e gravidez: fisiopatologia. Hipertensão. 2008; 11(1):9-13.

13. Garovic VD, Hayman SR. Hypertension in pregnancy: an emerging risk factor for cardiovascular disease. Nat Clin Pract Nephrol. 2007; 3(11):613-22.

14. Gus M, Fuchs FD, Moreira LB. Hipertensão associada a gestação e risco cardiovascular. Hipertensão. 2008; 11(1):18-19.

15. Teixeira NZF. Doença Hipertensiva Específica da gravidez: uma revisão teórico-prática para enfermeiros. In: Oliveira AGB (org.) Ensino de enfermagem: trabalho e cuidado. Cuiabá(MT): EdUFMAT; 2006. Coletânea Tecnologias em Saúde e Enfermagem v.5.

16. Ydy RRA. Uso de medicamentos na atenção à mulher grávida. In: Mandú ENT. (Org.) Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros(as) em atenção básica. Cuiabá(MT): EdUFMT; 2006.

17. Teixeira JA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. BMJ. 1999; 318:153-7.

18. Ralph SS, Taylor CM. Manual de diagnóstico de enfermagem. 6th ed. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan; 2007.

19. Arcanjo Z, Alves VM, Palmeira ILT, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. Rev Enferm UERJ. 2006; 14 (3):378-84.

20. Karan PM, Rosa RSL, Barbosa VBA, Brito RPA, Santos CA. Diagnóstico de enfermagem e intervenções a gestantes atendidas em uma unidade de saúde da família. Nursing 2008; 10(116):36-44.

21. Wemple RD, Lamb DR, McKeever KH. Caffeine vs caffeine-free sport drinks: effects on urine production at rest and during prolonged exercise. Int J Sports Med. 1997; 18(1):40-6.

22. Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). J Bras Patol Med Lab. 2001; 37(4):267-72.

23. Camiá GEK, Marin HF, Barbieri M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que frequentam serviço de planejamento familiar. Rev Latinoam Enferm. 2001; 9(2):26-34.

24. Dióz M. Atenção à mulher grávida. In: Mandú ENT. Organizador. Saúde Reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros(as) em atenção básica. Cuiabá(MT): EdUFMT; 2006. p. 9-36.

25. Quayle J. Alterações emocionais da gravidez. In: Zugaib M, Sancovski M. Organizador. O pré-natal. Rio de Janeiro(RJ): Atheneu; 1991.

26. Doenges ME, Moorhouse MF. Diagnóstico e intervenção de enfermagem. 5th ed. Porto Alegre(RS): Artmed; 1999.

Data de submissão: 29/9/2008
Data de aprovação: 24/8/2009

REME v13 n2.pmd 237 15/1/2010, 16:45

PRÁTICAS PREVENTIVAS E FATORES DE RISCO PARA CÂNCER CERVICOUTERINO ENTRE DOCENTES UNIVERSITÁRIAS

PREVENTIVE PRACTICES AND RISK FACTORS FOR CERVICAL CANCER AMONG UNIVERSITY TEACHERS

PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ENTRE DOCENTES UNIVERSITARIAS

Isis Roza de Oliveira[1]
Ana Dorcas de Melo Inagaki[2]
Amândia Santos Teixeira Daltro[3]
Leila Luíza Conceição Gonçalves[4]
Lincoln Vitor Santos[5]

RESUMO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, cujos objetivos foram: traçar o perfil das docentes da Universidade Federal de Sergipe quanto à idade, estado civil, formação acadêmica e tipo de assistência à saúde; avaliar se as docentes realizam o exame Papanicolaou como prática preventiva para o câncer de colo de útero; e identificar fatores de risco presentes para esse tipo de câncer. A amostra foi composta por 87 docentes e os dados colhidos nos meses de outubro e novembro de 2007. Os resultados revelaram que no grupo estudado predomina a faixa etária entre 23 e 42 anos (70,1%); como estado civil, as casadas ou em união estável (58,6%); o nível de escolaridade é mestrado ou doutorado (54,1%). Além disso, a maior parte possui convênio de saúde (87,3%) e procura os serviços de saúde para realizar o exame de Papanicolaou (94,3%). Dentre os motivos apresentados para a não realização do exame, encontrou-se acomodação, falta de tempo, boa saúde e desconforto. Os fatores de risco predominantes, na ordem, foram: uso de contraceptivos (86,5%); não uso de preservativo (56,8%) e multiplicidade de parceiros (23,0%); dentre outros, com menor frequência. Concluiu-se que as docentes estudadas realizam cuidados preventivos no que tange ao câncer de colo de útero, apesar de apresentarem fatores de risco importantes.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Esfregaço Vaginal; Docentes.

ABSTRACT

This is a descriptive study with a quantitative approach that aims to outline the profile of female teachers from the Federal University of Sergipe with regards to age, marital status, academic qualification and kind of health assistance. It also aims to check if the teachers have the Pap test as a preventive practice for cervical cancer and to identify the risk factors for this type of cancer. The sample was composed by 87 teachers and data were collected from October to November, 2007. Results show that: most women have 23 to 42 years old (70.1%); 58.6% of the participants are married or have a stable relationship with their partners; 54.1% have a master or doctor degree. Most participants have health insurance (87.3%) and go to health services to have the Pap smear (94.3%). Referred reasons not to do the Pap test were: self-indulgence, lack of time, lack of good health and discomfort. The main identified risk factors for cervical cancer were: use of contraceptive pills (86.5%), non use of condoms (56.8%) and multiple sexual partners (23.0%). We conclude that the participants take proper care regarding cervical cancer prevention although they present important risk factors for the disease.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms; Vaginal Smears; Faculty.

RESUMEN

Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo realizado con miras a trazar el perfil de las docentes de la Universidad Federal de Sergipe en cuanto a edad, estado civil, nivel académico y atención a la salud. Evaluar, además, si las docentes realizaban el examen de Papanicolaou como práctica preventiva para el cáncer de cuello uterino e identificar los factores de riesgo para este cáncer. La muestra estaba compuesta por 87 docentes y los datos se recogieron en octubre y noviembre de 2007. Los resultados revelaron que en el grupo estudiado predominaba la franja de edad entre 23 y 42 años (70,1%); estaban casadas o vivían en unión estable (58,6%); con maestría o doctorado (54,1%). Además, la mayoría contaba con convenio de salud (87,3%) y se dirigían a los servicios de salud para realizar el examen de Papanicolaou (94,3%). Entre los motivos indicados para no realizar el examen figuraban pereza, falta de tiempo, buena salud y malestar. Los factores de riesgo predominantes, por orden de incidencia: uso de anticonceptivos orales (86,5%); negaron el uso de preservativos (56,8%) y múltiples parejas (23,0%) entre otros menos frecuentes. Se concluye que las docentes estudiadas realizaban cuidados preventivos en lo que se refiere al cáncer de cuello uterino, a pesar de presentar factores de riesgo importantes.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino; Frotis Vaginal; Docentes.

[1] Enfermeira. Bacharel graduada pela Universidade Federal de Sergipe. E-mail: enfermeiraisis@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira. Pedagoga, Mestre em Enfermagem na área de concentração Saúde da Mulher/UNIFESP. Doutoranda pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Professora assistente III do Departamento de Enfermagem e Nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: anadorcas@usp.br ou laurodorcas@oi.com.br.
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem na área de concentração Saúde da Mulher pela UNIFESP. Professora adjunta IV do Departamento de Enfermagem e Nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: amandiadaltro@bol.com.br.
[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente I do Departamento de Enfermagem e Nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: leilaluiza@globo.com.
[5] Enfermeiro. Acupunturista. Professor auxiliar do Departamento de Enfermagem e Nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família do município de São Cristóvão/SE. Docente do curso Técnico em Enfermagem no município de Aracaju/SE. E-mail: lincol_vitor@hotmail.com.
Endereço para correspondência: Ana Dorcas de Melo Inagaki. Rua Duque de Caxias, 167, Ed. Montparnasse, apto. 1202. Bairro São José. Aracaju-SE. CEP 49015-320.

REME v13 n2.pmd 238 15/1/2010, 16:45

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino foi a quarta causa de morte no Brasil em 2003 e atingiu a marca de 7.023 (11%) mortes causadas por neoplasias em mulheres.[1] Para 2008, será o câncer com a sexta maior incidência prevista e estão estimados 18.680 novos casos da doença no Brasil. Sergipe é considerado o Estado do Nordeste com estimativa de maior incidência desse câncer para 2008: 24 novos casos em cada 100 mil mulheres.[2]

O câncer de colo uterino é uma doença que incide em regiões menos desenvolvidas, em mulheres negras e está associada a vários fatores de risco, tais como: baixas condições socioeconômicas, início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiro sexual, não uso de preservativo, tabagismo, higiene íntima inadequada, uso prolongado de anticoncepcional oral e, especialmente, a ocorrência de HPV.[2,3]

Muitas estratégias vêm sendo adotadas no âmbito da prevenção e detecção desse agravo. A principal delas, o exame citopatológico, conhecido como Papanicolaou, tem contribuído para um rastreamento bastante eficaz. A realização desse exame é recomendada por organizações nacionais e internacionais de saúde para mulheres que já tenham iniciado a vida sexual. No Brasil, desde 1988, o Ministério da Saúde (MS), seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), propõe a execução do exame anualmente e, após dois resultados negativos anuais consecutivos, a cada três anos em mulheres entre 25 e 59 anos de idade.[3] Quando o câncer de colo de útero é diagnosticado precocemente, pode atingir 100% de cura.[2]

Apesar da implantação e implementação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ampliação da cobertura do exame (10.339.126 realizados em 2003), muitas mulheres ainda não procuram os serviços de saúde para fazê-lo, aumentando as taxas de mortalidade por esse tipo de câncer.[1] Observa-se que questões como idade, crenças, tabus e, especialmente, o nível educacional influem no comportamento feminino, contribuindo para uma situação desfavorável à prevenção da doença. O grau de instrução é fator determinante desse panorama, visto que a escassez de informações favorece a incorporação de hábitos não saudáveis.[4]

Diante disso, surgiu o interesse em estudar como é a prática de docentes universitárias para prevenção do câncer de colo uterino, visto que o nível de escolaridade que possuem, bem como o ambiente de trabalho no qual se inserem, produtor de conhecimento, teoricamente, permite maior acesso às informações, incluindo as de saúde, o que torna necessário averiguar se essa população possui um comportamento diferenciado no cuidado e na prevenção desse agravo.

Assim, foram definidos os seguintes objetivos: traçar o perfil das docentes da Universidade Federal de Sergipe quanto à idade, ao estado civil, à formação acadêmica e ao tipo de assistência à saúde, avaliar se as docentes realizam o exame Papanicolaou como prática preventiva para o câncer de colo de útero e identificar fatores de risco presentes para o câncer de colo.

Pretendeu-se, com este estudo, desenvolver ações educativas com os programas de saúde ocupacional estabelecidos pelo Departamento de Medicina do Trabalho da UFS, a fim de demonstrar para as docentes os comportamentos que as tornam vulneráveis ao câncer cervicouterino.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de outubro a novembro de 2007, na Universidade Federal de Sergipe (UFS), nos *campi* Prof. José Aloísio de Campos, em São Cristóvão, e Prof. João Cardoso Nascimento Júnior, em Aracaju, ambos em Sergipe.

A população alvo constituiu-se das docentes vinculadas a departamentos de ensino da UFS, totalizando 280 professoras. A amostragem foi não probabilística, não tendo a intenção de generalizar os resultados. A amostra constituiu-se de 87 docentes, as quais contemplavam os seguintes critérios de inclusão: ser professora efetiva/substituta/visitante da UFS, estar em exercício das suas atividades docentes durante o período da coleta de dados, ter atividade sexual ou já ter tido, aceitar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anteriormente à coleta de dados e objetivando a validação do questionário, realizou-se um estudo piloto, a fim de verificar as dificuldades de preenchimento e a necessidade de introdução ou supressão de perguntas. As docentes que participaram do estudo piloto não participaram da amostra.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário autoaplicável, composto de 20 perguntas fechadas, o qual foi encaminhado às docentes de todos os departamentos da instituição, juntamente com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Inicialmente, aguardou-se a devolução dos questionários por livre demanda, mas posteriormente, dada a baixa quantidade de devolução dos questionários respondidos, realizou-se busca ativa das docentes mediante contato direto e individual. Em razão da dificuldade de as docentes aceitarem participar da pesquisa, a coleta de dados encerrou-se ao alcançar 31,1% da população. Dentre as dificuldades para aumentar o tamanho da amostra, constatou-se o fato de algumas professoras estarem ausentes, afastadas para mestrado, doutorado, férias, licença-prêmio, licença-gestação, além daquelas que se recusaram a participar da pesquisa.

Após a coleta, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, utilizada para descrever e sintetizar os dados obtidos.[5] Os resultados foram demonstrados em tabelas para melhor visualização.[6]

REME v13 n2.pmd 239 15/1/2010, 16:45

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Hospital Universitário da UFS, em 14/9/2007, por obedecer às normas da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.[7]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constituiu-se de 87 docentes com idade entre 23 e 61 anos, sendo que a faixa etária entre 23 e 42 anos abrange 61 (70,1%) docentes. Quanto à situação conjugal, 51 (58,6%) são casadas ou vivem em união estável e 36 (41,4%) afirmaram que eram solteiras. No que tange à formação acadêmica 47 (54,1%), são qualificadas, possuindo mestrado ou doutorado, e 40 (45,9%) possuem apenas graduação ou especialização. Em relação ao plano de assistência médica, 76 (87,3%) utilizam a assistência privada, 8(9,2%) utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e 3 (3,5%) não responderam.

Para verificação da prática do exame Papanicolaou, as docentes foram questionadas quanto ao convênio de assistência à saúde que utilizam e sobre a realização periódica do exame citopatológico, conforme demonstrado na TAB. 1.

TABELA 1 – Distribuição das docentes da Universidade Federal de Sergipe de acordo com o tipo de convênio de assistência à saúde e a realização do exame Papanicolaou. Aracaju, SE, out./nov. 2007

Realiza periodicamente o Papanicolaou	Tipo de convênio de assistência à saúde							
	SUS		PRIVADO		Não respondeu		TOTAL	
Sim	05	62,5	74	97,4%	03	100,0	82	94,3
Não	02	25,0	-	-	-	-	02	2,3
Não respondeu	01	12,5	02	2,6	-	-	03	3,4
Total	08	100,0	76	100,0	03	100,0	87	100,0

A respeito do convênio, houve predominância do convênio privado em relação ao SUS, sendo 76 (87,3%) professoras atendidas por convênios privados e apenas 8 (9,2%) usuárias do SUS. Sobre a realização do exame Papanicolaou, entre as 76 docentes com convênio privado, 74 (97,3%) disseram que realizam o exame e, das 8 docentes atendidas pelo SUS, 5 (62,5%) confirmaram a realização. As 2 (2,3%) docentes que referiram não realizar o exame são usuárias do SUS.

O fato de as docentes que participaram do estudo possuírem um convênio privado revelou-se como um fator favorável para o autocuidado. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), um inquérito populacional realizado em 2003 revelou que em Aracaju 81% da população, usuária do SUS e/ou do sistema privado, realizou ao menos um Papanicolau nos últimos três anos.[2]

Supõe-se que indivíduos com alta escolaridade, por terem o conhecimento, costumam se cuidar mais. Além disso, a situação financeira estável, muitas vezes adquirida com a ascensão nos estudos, tem colaborado com as práticas preventivas, pois possibilita utilizar em qualquer momento os serviços de saúde disponíveis. Segundo Oliveira e colaboradores, mulheres de classes sociais mais baixas, consequentemente com pouca escolaridade,[8] podem apresentar maior risco de não realização do exame preventivo de Papanicolau.

Quando arguidas sobre as razões para a não realização do exame Papanicolaou, as docentes relataram motivos como acomodação, falta de tempo, ter boa saúde e achar o exame desconfortável.

Esses achados confirmara os de Silva e colaboradores,[9] quando concluem que as razões para a não realização desse exame são bastante variadas: a ausência de sintomas ginecológicos, a vergonha, o medo, o desconforto físico e o desinteresse estão entre os mais citados pelas mulheres.

Diferentemente dos motivos alegados pelas docentes que participaram deste estudo, Martins et al[10] afirmam que fatores como baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e ser mais jovem, podem determinar a adesão ou não da mulher ao exame citopatológico e colaboram para a não realização do Papanicolau.

Na TAB. 2, estão demonstrados os fatores gineco-obstétricos considerados de risco para o câncer de colo uterino que apresentaram maior frequência entre as docentes que participaram do estudo.

REME v13 n2.pmd 240 15/1/2010, 16:45

TABELA 2 – Distribuição das docentes da Universidade Federal de Sergipe de acordo com os antecedentes gineco-obstétricos que configuram risco para o câncer cervical. Aracaju, SE, out/nov. 2007

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	N°	%
1º coito (idade/anos)		
Entre 10 e 15	02	2,3
Entre 16 e 21	48	55,2
Entre 22 e 27	33	37,9
28 anos ou mais	04	4,6
Total	**87**	**100,0**
Nº de parceiros		
Somente 01	29	33,3
Entre 02 e 05	36	41,4
Entre 06 e 09	12	13,8
10 ou mais	08	9,2
Não respondeu	02	2,3
TOTAL	**87**	**100,0**
1º parto (idade/anos)		
Não tem filhos	52	59,8
Entre 15 e 20	06	6,9
Entre 21 e 25	05	5,7
Entre 26 e 30	11	12,6
31 anos ou mais	10	11,5
Não Respondeu	03	3,4
Total	**87**	**100,0**
Nº de gestações		
00	49	56,4
01	13	14,9
02	12	13,8
03 ou mais	13	14,9
Total	**87**	**100,0**

Quanto à avaliação dos fatores de risco para o câncer de colo uterino, os mais frequentes foram a multiplicidade de parceiros, observada em 20 (23%) docentes que se referiram a 6 ou mais parceiros, seguida da multiparidade, referida por 13 (14,9%) docentes. O início precoce da atividade sexual e a paridade precoce foram inexpressivas, sendo referidas por 2 (2,3%) e 6 (6,9%) docentes, respectivamente.

Estudos sugerem que o risco dessa neoplasia está relacionado à idade da primeira relação, indicando que o coito precoce pode aumentar a sensibilidade aos efeitos de um agente sexual transmitido.[11]

Mulheres que iniciam atividade sexual ainda muito jovens têm o risco aumentado para a aquisição de infecções, como aquela causada pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), podendo levar ao câncer de colo de útero quanto maior for o número de parceiros sexuais. Em pesquisa realizada por Harris et al.,[12] o risco relativo encontrado para jovens que iniciaram a atividade sexual antes dos 17 anos foi de 1,55 quando tiveram apenas um parceiro, crescendo para 7,53 no caso de seis parceiros ou mais.

De acordo com Aleixo Neto,[13] o carcinoma de colo uterino acomete mais mulheres cuja primeira gravidez ocorreu em idade jovem e aquelas com multiparidade. Em contrapartida, a ocorrência é menor nas mulheres cuja primeira gestação ocorre em idade madura.

Os dados encontrados em nosso estudo sugerem que a necessidade de qualificação profissional faz com que sejam adiados os planos de gravidez, haja vista que as docentes, em sua a maioria, 52 (59,8%), eram nulíparas.

De acordo com Pirotta, Schor,[14] o maior número de anos de estudo pode estar relacionado com o processo de a mulher postergar as uniões conjugais, preferir famílias menores, fazer uso de métodos anticoncepcionais e apresentar tendência a ter menos gestações não planejadas.

Isso pode ser encarado como um fato positivo, visto que, em um estudo com 251 mulheres com câncer de colo uterino, foi observado que a paridade ou o alto número de gestações está relacionado com a maior incidência do câncer cervicouterino.[15]

Ao avaliar os fatores de risco relacionados com a vida sexual ativa, tais como o não uso de preservativo e o uso de contraceptivos orais, observou-se que, entre as 74 docentes que relataram ter atividade sexual, 42 (56,8%) afirmaram que não utilizavam preservativo nas relações sexuais, 64(86,5%) fazem uso de contraceptivos orais e 10 (11,5%) já tiveram DST, conforme se observa na TAB. 3.

TABELA 3 – Distribuição das docentes da Universidade Federal de Sergipe quanto à ocorrência de fatores de risco sexuais para o câncer de colo uterino. Aracaju, SE, out/nov. 2007

FATORES DE RISCO	N°	%
Vida sexual ativa		
Sim	74	85,1
Não	13	14,9
Total	87	100,0
Uso de contraceptivos orais		
Sim	64	86,5
Não	10	13,5
Total	74	100,0
Uso de preservativo		
Sim	30	40,5
Não	42	56,8
Não respondeu	02	2,7
Total	74	100,0
História de DST		
Sim	10	11,5
Não	70	80,5
Não respondeu	07	8,0
Total	87	100,0

REME v13 n2.pmd 241 15/1/2010, 16:46

Vários motivos foram relatados pelas docentes para a não utilização do preservativo. O principal apontado foi "ter união estável e confiança entre os parceiros". Os outros motivos referidos foram o desejo de engravidar, interferência no orgasmo, quebra do ritmo da relação sexual e o incômodo causado pelo preservativo em ambos os parceiros.

O preservativo tem papel importante na prevenção do carcinoma cervicouterino, pois ele cria uma barreira mecânica que impede a transmissão de micro-organismos, diminuindo o risco de displasia e câncer cervical.[13]

Vale ressaltar que uma em cada cinco mulheres é portadora do papilomavírus humano,[16] o que reforça a necessidade de utilização do preservativo, já que a infecção é transmitida pelo contato direto com a mucosa das genitálias. Além disso, o preservativo é a única barreira comprovadamente efetiva contra o vírus HIV e contra as DSTs, quando utilizado de forma correta, chegando a reduzir o risco de transmissão dessas doenças em até 95%.[17]

De acordo com o INCA, os contraceptivos orais são apontados como fator de risco no desenvolvimento do carcinoma cervical.[2] Apesar de esse tipo de câncer não ser hormônio-dependente, hormônios esteroides administrados durante a fase reprodutiva parecem aumentar a atividade dos oncogenes do HPV e interferir nas lesões causadas pelo vírus na cérvice.[11]

Outro mecanismo explica que o efeito progestacional da pílula poderia suprimir o processo de maturação normal do epitélio cervical, tornando-o mais suscetível a agentes sexualmente transmissíveis que podem causar o câncer de colo uterino.[13] É conveniente ressaltar que, mesmo com esses achados, estudos recentes têm mostrado ausência de associação entre o uso de contraceptivos orais e o câncer cervicouterino.[10]

Entre as 10 docentes que referiram história prévia de DSTs, 2 disseram que tinham tido herpes vaginal, 2, candidíase, 4, papilomavírus humano (HPV) e 1, tricomoníase. Uma das professoras pesquisadas citou "fungos" como uma DST, demonstrando certo desconhecimento em sua resposta.

Mesmo tendo um nível de esclarecimento mais elevado, a docente não soube especificar de qual DST foi acometida, visto que a forma abrangente da resposta não caracteriza os fungos como uma doença dessa natureza.

A DST que é ocasionada por um tipo de fungo, conhecido como "candidíase". É determinada pela ação de um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, conhecido por *Candida albicans*. Quando o meio se torna favorável para seu desenvolvimento, esse fungo pode ser transmitido, também, pela via sexual, porém não é a principal forma de transmissão, pois esse micro-organismo pode fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas.[16]

A ocorrência de DST representa fator de risco relevante na carcinogênese cervical. Infecções pelo HPV, especificamente aquelas ocasionadas pelos subtipos 16 e 18, estão associadas com um risco mais elevado de alterações neoplásicas ou pré-neoplásicas.[13] As oncoproteínas e outros elementos do HPV relacionam-se de forma a potencializar a ação desse vírus na célula hospedeira, facilitando o processo neoplásico, sendo ele o principal responsável pela neoplasia do colo de útero.[10]

Ainda dentro dos fatores de risco, as docentes foram indagadas a respeito do tabagismo. Apurou-se que 8 (9,2%) afirmaram que eram fumantes e 6 (6,9%) relataram já terem sido fumantes. Entre as 8 docentes fumantes, metade delas consome mais de 10 cigarros por dia e mantém o hábito há mais de dez anos.

Mulheres tabagistas apresentam maior tendência ao aparecimento da neoplasia de colo de útero. Exposição, idade de início, período e frequência de consumo de cigarros influenciam na incidência do câncer cervical.[11]

De acordo com estudos recentes,[11] o epitélio cervical das fumantes tem um número menor de células de Langerhans comparado com o das não fumantes, o que facilita o surgimento de lesões virais que evoluem para a carcinogênese. Além disso, a imunossupressão e a exposição do DNA das células epiteliais à nicotina e à cotidina contribuem com a oncogênese cervical.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar que a ocorrência de fatores de risco mais comuns para o câncer de colo de útero entre as docentes estudadas foram: o uso de contraceptivos orais (86,5%), o não uso do preservativo (56,8%), a multiplicidade de parceiros (23%), a multiparidade (14,9%), a ocorrência prévia de DST (11,5%) e o tabagismo (9,2%). Os demais fatores de risco ocorreram com menor frequência. Quanto à realização do Papanicolau como forma de prevenção secundária, ou seja, diagnóstico precoce, identificou-se que 82 (94,3%) das docentes realizam esse exame. Duas docentes disseram que não o realizam por acomodação, por falta de tempo, por terem boa saúde e por considerarem o exame desconfortável.

Conclui-se que as docentes estudadas realizam cuidados preventivos no que tange ao câncer de colo de útero, apesar de apresentarem fatores de risco importantes.

REME v13 n2.pmd 242 15/1/2010, 16:46

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Controle dos Cânceres de Colo do Útero e da Mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 13.

2. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa/2008 – Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008. [Citado em 2008 ago 20]. Disponível em www.gov.br/estimativa/2008.

3. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 nov; 22(11):2329-38.

4. Feitosa TMP, Almeida RT. Perfil de produção do exame citopatológico para controle do Câncer de Colo do Útero em Minas Gerais, Brasil, em 2007. Cad Saúde Pública. 2007 abr; 23 (4):907-17.

5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. São Paulo: Artmed; 2004.

6. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de ética e pesquisa (CONEP). Resolução nº 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União (Out. 10, 1996).

8. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. Rev Bras Epidemiol. 2006 set; 9(3):325-34.

9. Silva DW, Andrade SM, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006 jan; 28(1):24-31.

10. Martins NV, Mancini SN, Soares Júnior JM, Haidar MA, Baracat EC. HPV e Esteróides Sexuais. Femina. 1999 jun; 27(5):423-27.

11. Leal EAS, Leal Júnior OS, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TL, Costa OLN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco – Acre. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003 mar; 25(2):81-6.

12. Harris RWC, Brinton LA, Cowdell RH, Skegg DC, Smith PG, Vessey MP et al. Characteristics of women with dysplasis or carcinoma in situ of the cervix uteri. Br J Cancer. 1980; 42:359-69.

13. Aleixo Neto A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. Rev Saúde Pública. 1991 ago; 25 (4):326-33.

14. Pirotta KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. Rev Saúde Pública. 2004 ago; 38 (4):495-502.

15. Catañeda-Iniguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadilho M. Risk factors for cervico-uterine cancer in women in Zacatecas. Salud Publica Mex. 1998; 40:330-8.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 18. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

18. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. v.3.

Data de submissão: 8/2/2008
Data de aprovação: 13/8/2009

REME v13 n2.pmd 243 15/1/2010, 16:46

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO EXAME CLÍNICO PÉLVICO E DE MAMAS REALIZADOS POR ENFERMEIROS

PRACTICAL EVALUATION OF CLINICAL BREAST AND PELVIC EXAMINATION PERFORMED BY NURSES

EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA DEL EXÁMEN CLÍNICO PÉLVICO Y DE LAS MAMAS EFECTUADA POR ENFERMEROS

Leila Luíza Conceição Gonçalves[1]
Andréa Carla dos Santos Barros[2]
Ana Dorcas de Melo Inagaki[3]
Ana Cristina Freire Abud[4]

RESUMO

Com este estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa teve-se como objetivo geral avaliar a prática do exame clínico pélvico e das mamas realizados por enfermeiros em Unidades de Saúde da Família (USF). A amostra foi composta por 15 enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF)da oitava região sanitária de Aracaju e foram observadas 150 consultas ginecológicas no período de outubro a dezembro de 2007. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa um roteiro de entrevista estruturada e outro para observação sistemática baseado nas normas do Ministério da Saúde (MS). Observou-se, na análise dos dados, que o exame pélvico foi realizado de forma incompleta em 83,7% das consultas. Quanto ao exame clínico das mamas, constatou-se a não realização em 40% das consultas. Enfim, conclui-se que há necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais para detecção precoce do câncer de colo e câncer de mama cumprindo as etapas preconizadas pelo MS.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Saúde da Mulher; Neoplasias da Mama; Neoplasias Uterinas.

ABSTRACT

This is a descriptive and quantitative exploratory study that aims to evaluate the clinical breast and pelvic examination performed by nurses from a Health Family Program (HFP). The sample was composed by 15 nurses from a Health Family Program of Aracaju and 150 gynecological patients that were seen between October and December, 2007. Two scripts were used, one for structured interview and another for systematic observation based on the Health Ministry rules. Data analysis showed that pelvic examination was incomplete in 83.7% of the cases and clinical breast examination was not performed in 40% of the consultations. Results show that these professionals need to be qualified in order to provide early breast and cervical cancer detection following the recommended stages of the Health Ministry.

Key words: Nursing Diagnosis; Women's health; Breast Neoplasms; Uterine Neoplasms.

RESUMEN

Este estudio descriptivo exploratorio con enfoque cuantitativo tuvo como objetivo general evaluar la práctica del examen pélvico y clínico de las mamas efectuada por enfermeros en Unidades de Salud de la Familia (USF). La muestra estaba compuesta por 15 enfermeros del Programa de Salud de la Familia de la 8ª región sanitaria de Aracaju; se consideraron 150 consultas ginecológicas de octubre a diciembre de 2007. Como instrumentos de investigación se emplearon una guía para la entrevista estructurada y otra para la observación sistemática, ambas basadas en la normas del Ministerio de Salud. En el análisis de datos se observó que el examen pélvico se realizó de forma incompleta en 83,7% de las consultas y, en el examen clínico de las mamas, se constató que no había sido realizado en 40% de las consultas. Ha quedado evidente que los profesionales de salud deben ser concientizados y capacitados para detectar de forma temprana tanto el cáncer de mama como el de cuello uterino, siguiendo las etapas recomendadas por el Ministerio de Salud.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Salud de la Mujer; Neoplasias de la Mama; Neoplasias Uterinas.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente de Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe.
[2] Enfermeira bacharel graduada pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente II do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Doutoranda em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente I do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe.
Endereço para correspondência: Leila Luíza Conceição Gonçalves. Rua Urbano Neto, 573, casa 5, Cond. J. Inácio, Bairro: Coroa do Meio, Aracaju-Sergipe, CEP 49035-190. Fone (79)3255-0344. E-mail:leilaluiza@globo.com.

REME v13 n2.pmd 244 15/1/2010, 16:46

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública mundial não somente pelo aumento do número de casos a cada ano, mas também pelo investimento financeiro necessário para o diagnóstico e tratamento dos casos confirmados.[1]

Os tipos de neoplasias malignas mais frequentes nas mulheres são as de mama e do colo uterino. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, para o ano de 2008, foram estimados 49.400 novos casos de câncer de mama e 18.980 novos casos de câncer de colo uterino. Para o estado de Sergipe, em 2008, em relação a estas neoplasias, o INCA estimou, respectivamente, 310 e 250 casos novos.[2]

Na maioria dos casos, a evolução do câncer de colo uterino ocorre de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos maiores níveis de prevenção e cura. Para tanto, deve ser realizada a consulta ginecológica pelo médico ou enfermeiro, principalmente nas mulheres entre 40 e 60 anos.[3]

Até o momento, sem medidas mutiladoras, o câncer de mama não pode ser evitado. Por isso, a detecção precoce é a única forma de diminuir as taxas de mortalidade. O exame clínico das mamas e a mamografia são essenciais para um diagnóstico precoce.[4]

É pertinente salientar que o exame pélvico e o exame clínico das mamas são estratégias de extrema importância para prevenção e detecção de neoplasias malignas uterinas e mamárias. Logo, o compromisso profissional e o desenvolvimento dessa assistência, primando-se pela qualidade, vêm contribuir para a redução das altas taxas desses tipos de câncer no País.

A consulta de enfermagem à mulher é uma das ações realizadas pelo enfermeiro na Unidade Básica de Saúde, visando a uma abordagem integral, tendo como um de seus pilares básicos as ações de controle do câncer de colo de útero e de mama. Para que esse objetivo seja alcançado, é imprescindível a realização, por parte do profissional de saúde, de um exame pélvico e clínico das mamas de boa qualidade, buscando identificar qualquer alteração que possa indicar comprometimento na saúde da mulher.[5]

O controle do câncer de mama e de colo de útero depende, essencialmente, de ações na área de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce da doença. Nesse contexto, a educação é a base para todas as ações, sendo fundamental que, antes dos exames, os profissionais de saúde orientem as mulheres sobre a importância de que sejam realizados periodicamente. Esse tipo de ação pode permitir a redução das taxas de mortalidade por câncer de colo uterino e mamário.[6]

O interesse em estudar esse tema surgiu durante as aulas práticas de assistência às mulheres, na disciplina Enfermagem em Saúde Pública, quando foram questionadas a qualidade dos exames realizados e as orientações fornecidas por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) às usuárias.

O objetivo geral com a pesquisa foi avaliar a prática do exame clínico pélvico e das mamas realizados pelos enfermeiros da Unidade de Saúde da Família (USF) da oitava região sanitária do município de Aracaju.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, em reunião realizada em 5 de outubro de 2007, por estar em conformidade com a Resolução n° 196/96, que estabelece normas para realização de pesquisa em seres humanos.

O ambiente da pesquisa foi a oitava região sanitária do município de Aracaju, composta por cinco USFs.

A população do estudo foi composta por 15 enfermeiros que desenvolviam suas ações nas USFs e aceitaram participar do estudo, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram observadas 150 consultas de enfermagem à mulher, sendo 10 consultas de cada profissional que participou da pesquisa no período de 26 de outubro a 3 de dezembro de 2007, conforme programação das equipes.

Os instrumentos de coleta de dados foram: um roteiro de observação sistemática e uma entrevista estruturada. O roteiro de observação foi destinado aos procedimentos realizados pelos enfermeiros durante a consulta de enfermagem à mulher, destacando as etapas do exame pélvico, do exame clínico das mamas e as orientações fornecidas à cliente quanto à prevenção do câncer de colo de útero e mama. Esses instrumentos foram construídos de acordo com as normas e orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.[7-10]

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de estatística descritiva e a discussão foi baseada na literatura atualizada dessa temática.[11]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apurou-se que 10 enfermeiros entrevistados graduaram-se na Universidade Federal de Sergipe. Os demais apresentaram formação em instituições de ensino superior dos Estados da Bahia e de Pernambuco.

Quanto ao tempo de profissão, 7 (46,6%) enfermeiros possuem até 10 anos de formação e 8 (53,4%) possuem mais de dez anos de formação. O menor tempo de atuação na área da saúde é de quatro anos. Quanto ao tempo de serviço no PSF, 6 (40%) profissionais atuam há menos de cinco anos.

Observou-se que 14 (93,3%) enfermeiros possuem especialização, sendo 6 profissionais especialistas em área hospitalar e 8 pós-graduados na área de saúde pública.

Em relação à realização de capacitação para detecção precoce de câncer de mama, 4 (26,6%) enfermeiros relataram que nunca haviam participado. No caso do

REME v13 n2.pmd 245 15/1/2010, 16:46

câncer de colo de útero, apenas 1 (6,66%) referiu não ter sido capacitado.

Essas informações indicam que a maior parte dos indivíduos pesquisados possui fundamentação técnica e teórica para o desenvolvimento de tais atividades. Tal aspecto é indispensável para a realização da promoção da saúde e prevenção de doenças, grande objetivo da ESF.

Quanto à realização do exame pélvico completo, observa-se, no GRAF. 1, que apenas 2 (13,3%) profissionais o realizaram conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) em todas as consultas, enquanto os demais componentes do estudo, 13 (86,7%), o realizaram de forma incompleta.

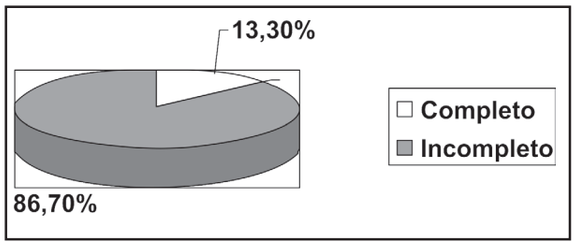


GRÁFICO 1 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com a realização do exame ginecológico completo durante a consulta de enfermagem à mulher. Aracaju – out./nov./dez. 2007

O exame pélvico é considerado completo quando compreende as seguintes etapas: inspeção vulvar, exame especular, palpação cervical e mobilização uterina. A realização dessas quatro etapas garante maior qualidade ao exame pélvico porque identifica os sinais e sintomas que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Mulheres com doenças sexualmente transmissíveis (DST), doença inflamatória pélvica (DIP) ou dor em baixo-ventre apresentam lesões precursoras do câncer de colo do útero cinco vezes mais do que aquelas que não apresentam essa sintomatologia.[6]

A não realização do exame pélvico completo de acordo com as normas preconizadas pelo MS é preocupante, já que pesquisas mostram que, apesar do aumento numérico de exames preventivos realizados no País, ainda é grande a quantidade de mulheres acometidas por câncer de colo de útero, com mais de 19 mil novos casos a cada ano.[2]

Ressalte-se que foram observadas dez consultas de enfermagem por enfermeiro, direcionadas à mulher, para que os dados fossem legitimados e os profissionais fossem avaliados de forma padronizada. Observou-se a realização de cada etapa do exame para constatar se as normas do Ministério da Saúde foram cumpridas.

Percebe-se, no GRAF. 2, a ênfase dada pelos enfermeiros à realização do exame especular e inspeção vulvar em detrimento da prática da palpação cervical e mobilização uterina. Essa situação é confirmada pelo fato de que em 30 consultas (20%), das 150 acompanhadas, os enfermeiros realizaram palpação cervical. Em 50 (33,3%) consultas, observou-se a realização da mobilização uterina, o que denota que parte dos profissionais tem priorizado a coleta de material para análise citopatológica em lugar da investigação cuidadosa da condição ginecológica da paciente.

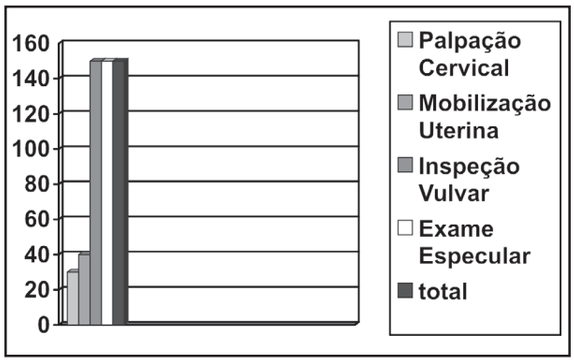


GRÁFICO 2 – Distribuição da frequência das etapas do exame pélvico realizadas pelos enfermeiros. Aracaju – out./nov./dez. 2007

Portanto, é necessária a sensibilização dos profissionais quanto à relevância da palpação cervical e da mobilização uterina no exame especular para um exame pélvico preciso que, realmente, detecte lesões em estagio inicial, que não seriam percebidas somente com o exame especular.

Embora não tenha sido objeto deste estudo, é importante frisar a necessidade da observação minuciosa por parte do profissional de saúde do Monte de Vênus, além da disposição dos folículos pilosos, anatomia dos pequenos e grandes lábios, introito vaginal, períneo, ânus e também realizar a palpação da região inguinal. Alterações como vesículas e úlceras, associadas ou não à adenopatia inguinal, sugerem presença de DST, constituindo fator contribuinte para o surgimento do câncer de colo uterino.[6]

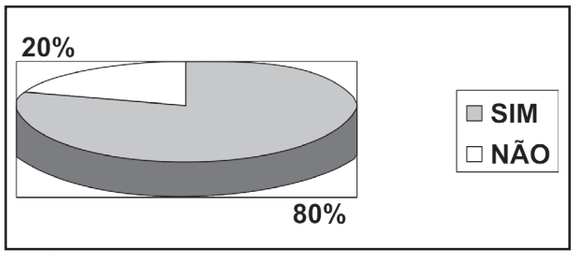


GRÁFICO 3 – Distribuição em percentual dos enfermeiros que forneceram informações relativas ao exame preventivo. Aracaju – out./nov./dez. 2007

De acordo com o GRAF. 3, no que tange às informações fornecidas sobre o exame pélvico, verificou-se que 12 (80%) enfermeiros orientaram as mulheres quanto à realização do exame preventivo, informando o preparo,

REME v13 n2.pmd 246 15/1/2010, 16:46

o período adequado para a realização dele e a prevenção de DSTs. O desenvolvimento de ações educativas em saúde relativas à mulher está de acordo com as orientações do MS, que recomenda a preparação da mulher para o exame, contribuindo para o desenvolvimento de uma maior intimidade entre o profissional e a paciente, além de proporcionar um ambiente adequado para a educação em saúde e evitar o constrangimento.[5]

Observou-se que, durante as consultas, os profissionais não forneciam informações à mulher quanto aos objetivos do exame pélvico e a sua importância para a saúde, apesar do instrumento de coleta de dados não contemplar essa temática de forma evidente.

A realização de práticas educativas é um item de extrema importância durante a consulta de enfermagem. A realização dessa prática promove oportunidades de esclarecimentos e adoção de hábitos saudáveis, além de melhorar a adesão das mulheres ao exame e desmistificá-lo entre elas.

Diante dos dados apresentados, verifica-se que o exame pélvico está sendo realizado insatisfatoriamente, pois importantes etapas para detecção das lesões precursoras da neoplasia de colo uterino são, frequentemente, desconsideradas pelos profissionais, caracterizando descumprimento das normas preconizadas pelo MS.

Em todas as consultas ginecológicas, o profissional de saúde deve realizar o exame clínico das mamas e orientar as pacientes quanto à realização do autoexame. A omissão desse exame pode favorecer a não detecção de várias alterações mamárias, tais como: retrações, abaulamentos, lesões descamativas e secreções com características de malignidade, alterações que deveriam ser investigadas e tratadas precocemente, diminuindo os índices de morbimortalidade relacionado ao câncer mamário.[6]

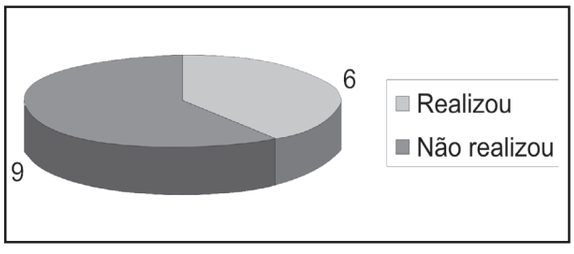


GRÁFICO 4 – Distribuição dos enfermeiros quanto à realização do exame clínico das mamas, na consulta de enfermagem à mulher. Aracaju – out.nov./dez. 2007

Conforme o GRAF. 4, constata-se que, dos enfermeiros pesquisados, apenas 6 realizam o exame clínico das mamas nas mulheres atendidas, o que corresponde a 40% da amostra.

Considerando as informações apresentadas, nas quais quatro enfermeiros não realizaram capacitação para a detecção precoce do câncer de mama, observa-se a negligência dos profissionais em relação às normas preconizadas pelo MS e Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, direcionados à Atenção Básica em Saúde, no âmbito da assistência à saúde da mulher.

Constatou-se a realização do exame clínico das mamas (ECM) em 60 (40%) consultas observadas, um achado insatisfatório, já que o MS preconiza a realização desse procedimento em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária, como parte do atendimento integral à saúde da mulher.[12]

Em relação ao procedimento do ECM, na amostra de enfermeiros e consultas observadas, a execução foi completa. Todos os 60 ECMs contemplaram as etapas, quais sejam: inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação e expressão do mamilo.

Assim, os seis enfermeiros que examinaram as mamas das mulheres o fizeram atendendo às normas preconizadas pelo MS. Esse fato mostra que os profissionais possuem conhecimento suficiente sobre as etapas do exame clínico e consciência da importância de realizá-lo nas consultas ginecológicas como método para a detecção precoce de qualquer anormalidade.

A realização do exame clínico das mamas de forma completa pode confirmar em até 70% os casos de neoplasia mamária e, quando agregada a mamografia, aumenta em mais de 80% a acuidade diagnóstica, mostrando a importância dessa associação para um diagnóstico precoce e tratamento adequado.[1]

O exame clínico das mamas é uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre o câncer de mama, seus sintomas, fatores de risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal.[6]

Esse achado é significativo porque, na luta contra o câncer de mama, ainda não há nenhum método para prevenção primária. Por isso a detecção precoce está fundamentada na avaliação clínica e no diagnóstico por imagem. A precocidade na detecção está ligada, indubitavelmente, ao acesso das mulheres à informação, conscientizando-as sobre a realização do autoexame da glândula mamária e do exame clínico que deve ser realizado pelos profissionais de saúde durante a consulta à mulher.[13]

A realização do exame clínico das mamas tem maior importância em países como o Brasil, onde os recursos destinados à saúde pública são menores e o acesso aos métodos diagnósticos apresenta várias barreiras. Apesar dos esforços para aumentar o número de mamógrafos para detecção de tumores, o tempo médio para diagnóstico e início do tratamento supera 120 dias. Constata-se que o atendimento na rede primária é deficiente, logo, é imprescindível a realização do exame clínico das mamas durante a consulta à mulher.[6]

REME v13 n2.pmd 247 15/1/2010, 16:46

No Brasil, no que diz respeito ao câncer de mama, nos últimos anos tem-se observado o aumento nas taxas de mortalidade, o que vem sendo atribuído, principalmente, ao diagnóstico tardio. Isso se deve à inexistência de um método de prevenção primária adequada e também às dificuldades da prevenção secundária. É de vital importância que o profissional de saúde realize o exame clínico das mamas nas pacientes e que as usuárias também recebam orientação para identificar qualquer anormalidade na mama.[1]

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados sugerem que os enfermeiros possuem conhecimento teórico e técnico para desenvolverem uma prática adequada tanto do exame pélvico, como também do exame clínico das mamas, mediante a experiência e capacitação específica. Todavia, ante os dados apresentados nesta pesquisa, essa premissa tornou-se questionável.

Durante a pesquisa, observou-se que apenas 2 (13,3%) enfermeiros realizaram o exame pélvico de acordo com as normas preconizadas pelo MS em todas as consultas, enquanto 13 (86,6%) o realizaram incompletamente, priorizando a inspeção vulvar e o exame especular para coleta de material citopatológico.

No que tange às orientações fornecidas sobre o exame pélvico, observou-se que 12 (80%) pesquisados orientaram as mulheres quanto à realização do exame preventivo, informando o período adequado e prevenção de DST, o que coaduna com a recomendação do MS.

Quanto ao exame clínico das mamas, verificou-se que 9 (60%) dos profissionais desconsideram essa prática durante a consulta à mulher, enquanto 6 (40%) enfermeiros realizam o exame nas mulheres atendidas, contemplando suas etapas de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Infere-se, com base nos resultados apresentados, que é necessário que os profissionais sejam sensibilizados, capacitados e orientados quanto à consulta direcionada à mulher, enfatizando o compromisso ante o desenvolvimento completo das ações de enfermagem segundo as normas preconizadas pelo MS para detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama, uma vez que por meio deste estudo observaram-se falhas significativas no cumprimento das ações.

REFERÊNCIAS

1. Molina L, Dalben I, De Luca, LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. AMB Rev Assoc Med Brás. 2003; 49(2):185-90.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer: incidência de câncer no Brasil. Brasília (DF): INCA; 2007.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Câncer de mama. [Citado em 2007 maio22]. Disponível em: http://www.inca.gov.br.

4. Abrão FS. Tratado de Oncologia Genital e Mamária. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.

5. Gerk MAS, Freitas SLF, Barros SMO. Consulta de enfermagem com ênfase na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama: projeto de extensão desenvolvido em Campo Grande (MS). Acta Paul Enferm. 2000; 13:193-5.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

7. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

8. Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1998.

9. Instituto Nacional do Câncer/INCA. Falando sobre câncer de mama. Brasília: INCA; 2002.

11. Lakatos ME, Marconi MA. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas; 2005.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção de Câncer de Colo de Útero: manual técnico/profissionais de saúde. Brasília (DF): INCA; 2004.

13. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e pratica do auto-exame das mamas em centros de saúde. Rev Saúde Publica. 2003; 37(5): 576-82.

Data de submissão: 6/8/2008
Data de aprovação: 7/7/2009

REME v13 n2.pmd 248 15/1/2010, 16:46

REPRESENTAÇÕES DE MULHERES FRENTE À INDICAÇÃO DE HISTERECTOMIA

REPRESENTATIONS OF WOMEN FACING HYSTERECTOMY INDICATION

REPRESENTACIONES DE MUJERES ANTE LA INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA

Maria da Penha da Rosa Silveira Nunes[1]
Vera Lúcia de Oliveira Gomes[2]
Geani Maria Machado Fernandes[3]
Adriana Dora da Fonseca[4]

RESUMO

Com o objetivo de relacionar os anseios, mitos e tabus das mulheres em pré-operatório de histerectomia às questões de gênero e sexualidade, realizou-se esta pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, baseada na teoria das representações sociais. Os dados foram coletados entre abril e junho de 2006, no ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 13 informantes e tratados pela análise de conteúdo temática. No perfil das informantes, percebeu-se a predominância com idade entre 40 e 45 anos, havendo sete casadas e nove com filhos ou filhas. A patologia de maior incidência foi a miomatose uterina. As categorias analíticas apreendidas foram: o motivo da consulta; tipo de vida conjugal; mitos e percepções do parceiro acerca da cirurgia. A maternidade permeou grande parte das expectativas e esboçou uma polaridade de representações. Enquanto as informantes mães consideravam o procedimento uma cirurgia comum, considerando-o como a solução dos problemas advindos do quadro clínico e a consequente melhoria na qualidade de vida; as demais ancoravam o significado da perda do útero ao seu potencial reprodutivo, objetivando-o como órgão vital para sua realização como mulheres. Percebeu-se que as representações, quanto à prática da histerectomia, apresentaram-se embasadas no significado do útero como um órgão associado à reprodução, à sexualidade e, mais especificamente, à feminilidade. Assim, no processo de cuidar dessas mulheres, há necessidade de pensá-las holisticamente, de maneira que suas diferentes representações sejam reconhecidas e valorizadas, contribuindo para o melhor enfrentamento dessa prática cirúrgica, além da prevenção de possíveis conflitos pessoais e conjugais.

Palavras-chave: Histerectomia; Saúde da Mulher; Sexualidade.

ABSTRACT

This is a qualitative and exploratory-descriptive research that aims to associate the myths, desires and taboos of women undergoing hysterectomy preoperative with gender and sexuality questions. It is based on the Theory of Social Representations. The data were collected through semi-structured interviews between April and June of 2006, at the gynecology ambulatory of a University Hospital. Thirteen patients were interviewed and data underwent thematic content analysis. Most patients had 40 to 45 years, seven of them were married and nine had children. The most incident pathology was uterine miomatosis. The analytics categories obtained were: the reason for the consultation; the kind of married life; and the partner's myths and perceptions of the surgery. Motherhood permeated many of the expectations and different perceptions were noted: while patients who had children considered it to be a regular surgery and expected it to be the solution for clinical problems, those without children associated the surgery with their reproductive potential, seeing the uterus as a vital organ to their fulfillment. We noticed that the representations related to hysterectomy are based on the significance of the uterus as an organ associated with reproduction, sexuality and femininity. Therefore, in order to provide care to these women it is necessary to think about them in a holistic way, recognizing and appreciating their representations, making it easier to face the surgery and, moreover, preventing personal and marital conflicts.

Key words: Histerectomy; Women's health; Sexuality.

RESUMEN

Esta investigación cualitativa, exploratorio-descriptiva se realizó en el preoperatorio de histerectomía con el objetivo de identificar los anhelos, mitos y tabúes de las mujeres vinculados al género y sexualidad, en base a la Teoría de las Representaciones Sociales. Los datos fueron recogidos entre abril y julio de 2006 en el ambulatorio de ginecología del Hospital Universitario. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con trece informantes y los datos se trataron mediante el análisis de contenido temático. En el perfil de las informantes se percibió el predominio de edad entre 40 y 45 años, con siete mujeres casadas y nueve con hijos o hijas. La patología de mayor incidencia fue la miomatosis uterina. Las categorías analíticas captadas fueron: motivo de la consulta; tipo de vida conyugal; mitos y percepciones de la pareja acerca de la cirugía. La maternidad se reflejó en gran parte de las expectativas y esbozó una polaridad de representaciones. Mientras las informantes madres consideraban que el procedimiento era una cirugía común y la veían como solución a los problemas derivados del cuadro clínico y consiguiente mejora en la calidad de vida, las demás sentían que la pérdida del útero estaba relacionada con su potencial reproductivo ya que se trata de un órgano vital para su realización como mujeres. Se observó que las representaciones de las mujeres, en cuanto a la práctica de la histerectomía, se basaron en el significado del útero como órgano vinculado a la reproducción, a la sexualidad y, más específicamente, a la feminidad. Por lo tanto, en el proceso de cuidar de esas mujeres, hay que pensar en ellas de forma integral, de modo a que sus distintas representaciones sean reconocidas y valoradas, contribuyendo a enfrentar mejor aquella práctica quirúrgica, además de prevenir posibles conflictos personales y conyugales.

Palabras clave: Histerectomía; Salud de la Mujer; Sexualidad.

[1] Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da FURG. Enfermeira da Secretaria Municipal do Rio Grande/RS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade – GEPEGS.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEPEGS.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da FURG.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Diretora da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEPEGS.
Endereço para correspondência: Vera Lúcia de Oliveira Gomes: Rua Fernando Osório Filho, 445, Cassino, Rio Grande/RS, CEP: 96205-090. Fone: (53) 3236-3995 e (53) 9968-8439. E-mail: vlogomes@terra.com.br.

REME v13 n2.pmd 249 15/1/2010, 16:46

INTRODUÇÃO

As patologias uterinas, entre elas o câncer, constituem a neoplasia que mais afeta a qualidade de vida das mulheres. O tratamento é realizado levando-se em consideração a idade da mulher, o seu estado clínico, o tipo e a extensão do tumor. A histerectomia é considerada uma das principais medidas terapêuticas e consiste na remoção cirúrgica do útero. Essa modalidade de cirurgia vem sendo praticada com elevada frequência tanto no Brasil quanto no exterior. Nos Estados Unidos, são notificados 200 mil casos a cada ano e, em nosso país, cerca de 150 mil mulheres recebem a indicação de histerectomia anualmente e acabam na sala de cirurgia.[1] Para o Sistema Único de Saúde (SUS), a histerectomia representa a segunda cirurgia mais realizada entre mulheres em idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesárea.

Em 2005, foram realizadas cerca de 107 mil histerectomias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país.[2] Dados divulgados pelo DATASUS[3] evidenciam que em 2004 foram realizadas, no Estado do Rio Grande do Sul 2.261 histerectomias em unidades hospitalares do SUS e 4.243 na rede privada. Na cidade do Rio Grande, no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Jr., no período de março de 2004 a fevereiro de 2005, efetuaram-se 152 histerectomias, o que equivale a 10,40% do total de cirurgias ginecológicas feitas na Instituição.[4]

O processo cirúrgico da histerectomia acarreta várias implicações na vida da mulher, podendo afetar a autoimagem feminina, construída com base valores sedimentados na beleza, na juventude e na fertilidade, pois, além da função biológica e fisiológica ligada à maternidade o útero, simbolicamente, representa sexualidade. Dessa forma, essa prática cirúrgica pode atingir profundamente a identidade da mulher e interferir negativamente na relação conjugal e na sua vida social.

Considerando, ainda, que o útero, desde a Antiguidade, esteve associado a algo sagrado do corpo feminino, constata-se que as mulheres, na maioria das vezes, só se dão conta da existência dele quando precisam engravidar ou retirá-lo. Este fato contribui para que a mulher vivencie novo conflito por perder um órgão que "gera", que dá prazer e que retrata seu universo feminino[1].

A partir da década de 1960, evidencia-se o início de grandes questionamentos em relação à sexualidade e ao corpo feminino. Até então, no Brasil, a mulher era percebida apenas por sua especificidade biológica e pelo seu papel social de mãe e doméstica, com seu destino natural à criação, à educação e ao cuidado com a saúde de seus filhos e dos demais familiares.[5,6] Para mudar essa realidade, acredita-se que a sexualidade precisa aderir, cada vez mais, às possibilidades de felicidade pessoal e social, constituindo-se elemento-chave para a saúde e para a qualidade de vida dos indivíduos, pois "a sexualidade humana é muito mais abrangente do que simplesmente o conceito de sexo, permeando o biológico, o psicológico e o sociocultural do ser humano".[7]

Culturalmente, embora haja o reconhecimento da dissociação entre reprodução e sexualidade, o término da capacidade para gerar, gestar e parir, ainda muito valorizado, pode representar o fim da vida sexual. No entanto, é inegável que a sexualidade, de modo geral, e o ato sexual, em particular, integram o elenco de elementos que interferem na qualidade de vida e saúde das pessoas, até mesmo das que se submeteram à histerectomia, e aproximam-se do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.[8]

Evidencia-se, entretanto, que não existe uma única definição para o que seja sexualidade e que esta se constrói com base na história pessoal e da aprendizagem social do indivíduo, sendo, assim, produto de uma construção histórica, determinada social e culturalmente, na qual se buscam significados e atribuições para as experiências e práticas sexuais.[9] Em suma,

> a sexualidade é parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico.[10]

Compreende-se gênero como uma construção e interpretação social do biológico não relacionadas à visão funcionalista da sexualidade. Ainda nessa visão, a definição de gênero reside em uma conexão integral entre duas proposições: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças entre os sexos, e gênero é a maneira primordial de significar relações de poder, em que as representações dominantes da figura masculina são apresentadas como naturais e inquestionáveis.[11]

Estudos de gênero vêm sendo realizados nos mais variados campos de conhecimento. Entre profissionais de saúde, essa perspectiva precisa ser ampliada, pois ela "contribui para uma reflexão crítica da realidade atual a fim de superar determinações históricas, assim como produzir respostas significativas às novas demandas provenientes das tecnologias médicas que permitem subverter a ordem natural dos corpos"[12].

Diante disso, percebe-se que a representação social, mediante a indicação da histerectomia, constrói-se com base na história de vida, no contexto social, bem como no significado do útero para cada sujeito, caracterizando, dessa forma, reações ambivalentes em relação às questões de gênero e sexualidade. Portanto, neste estudo, busca-se relacionar os anseios, mitos e tabus das mulheres em pré-operatório de histerectomia com questões de gênero e sexualidade.

REME v13 n2.pmd 250 15/1/2010, 16:46

HISTERECTOMIA: COMO OBJETO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das representações sociais caracteriza-se como um campo de estudos sobre a construção da realidade social, criando-se quando o novo ou o não familiar incorporam-se aos universos consensuais. Assim, o propósito de todas as representações é transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em algo familiar, ou seja, transformar o desconhecido em conhecido.[13,14]

As Representações Sociais evidenciam-se, ainda, como entidades quase tangíveis. Elas circulam, entrecruzam-se e cristalizam-se continuamente por meio de uma palavra, de um gesto, ou de uma reunião no mundo cotidiano. Elas impregnam a maioria das relações estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos e as comunicações que se estabelecem. Sabe-se que elas correspondem, de um lado, à substância simbólica que entra na sua elaboração e, por outro, à prática específica que produz essa substância, do mesmo modo como a ciência corresponde a uma prática científica ou mítica.[14]

As representações sociais constituem-se de dois processos formadores: a objetivação e a ancoragem. Duplicar um sentido por uma figura, ou seja, dar materialidade a um objeto abstrato, naturalizá-lo, constitui a objetivação. A função de duplicar uma figura por um sentido, dar um contexto significativo ao objeto, ou seja, interpretá-lo constitui a ancoragem.[12]

O mecanismo de ancoragem "é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada".[14] Seria como classificar e dar nome a alguma coisa, até então desconhecida, e rotulá-la com um nome conhecido. Por outro lado, a objetivação torna concreto aquilo que é abstrato, com base na elaboração das representações sociais, formando imagem e estrutura, além de permitir que haja uma ligação entre percepção e conceito.

Aproximando tais conceitos ao tema deste estudo, seria como se a mulher, ao receber a informação de que necessitará submeter-se à histerectomia, ancorasse tal informação nas crenças, mitos e tabus com os quais vem convivendo, ou seja, de que a partir da histerectomia se tornará "mulher oca", "mulher fria". Tais representações, possivelmente, lhe causem maior sofrimento e insegurança do que submeter-se a outro tipo de cirurgia.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo constitui-se em uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, fundamentada na teoria das representações sociais. Considera-se que a abordagem qualitativa implica definir, entender e interpretar os sentidos e as significações dos fenômenos para o indivíduo e a sociedade. Procedendo, primeiramente, a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, ela visa penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade.[15,16]

Foram informantes mulheres em pré-operatório de histerectomia, usuárias do ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa (HU), no período compreendido entre abril e julho de 2006.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, complementadas por anotações em diário de campo. As falas foram identificadas pelas letras iniciais das informantes, acrescidas do número correspondente à idade cronológica e da especificação s/f, para mulheres sem filhos(as), e c/f com filhos(as). Como recurso analítico, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática.[14] A operacionalização da análise das representações da histerectomia e da sexualidade foi construída com base nas etapas de ordenação dos dados, classificação destes e análise final, durante a qual se elegeram as categorias analíticas que nortearam a interpretação dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, Processo n° 23116.007880/5.66.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo foram apresentados e discutidos em dois momentos. No primeiro, procurou-se traçar o perfil das 13 informantes e, no segundo, as representações foram categorizadas e articuladas à teoria das representações sociais e aos autores e autoras que fundamentaram a revisão de literatura.

No que se refere à faixa etária, houve predominância da idade entre 40 e 45 anos, com quatro informantes. Nas faixas de 46 a 50 anos e de 51 a 55 anos de idade havia três participantes em cada uma. Cabe salientar que três informantes tinham idade inferior a 38 anos, sendo que a mais jovem tinha 34 anos e a com mais idade, 53 anos. Quanto ao estado civil, sete informantes eram casadas e as demais, solteiras. Entre estas últimas, duas referiram estar com companheiro fixo e duas salientaram que tinham namorado.

As profissões citadas foram comerciante, cabeleireira, balconista, doméstica, copeira, professora aposentada e pensionista. Seis das entrevistadas dedicavam-se ao lar, sendo que uma associava essa atividade com a de agricultora. Em relação à escolaridade, houve predomínio do ensino fundamental incompleto, com sete informantes, três com o ensino médio completo e uma com incompleto. Uma referiu ter o nível superior incompleto, caracterizando a maior escolaridade, e outra se declarou analfabeta.

Quanto ao tamanho da prole, duas tinham mais de dois filhos(as), cinco das mulheres dois filhos(as) cada uma, duas delas apenas um filho(a), e quatro não os(as) possuíam. Esta última informação foi considerada de grande relevância para o estudo, pois em vários momentos serviu de base para a apreciação analítica.

REME v13 n2.pmd 251 15/1/2010, 16:46

A patologia de maior incidência, que acometeu dez das informantes, foi a miomatose uterina. A queixa predominante, que levou oito das mulheres a procurar assistência à saúde, foi a ocorrência de hemorragia, porém chama atenção o fato de duas mulheres buscarem atendimento por infertilidade.

As expectativas das mulheres no período pré-operatório de histerectomia variaram em função dos seguintes fatores: motivo da consulta, tipo de vida conjugal/afetiva, mitos, crendices e tabus e percepção do parceiro acerca da cirurgia, os quais interferem sobremaneira na qualidade de vida dessas mulheres. Tais fatores representam as categorias analíticas apreendidas.

Percebe-se que o fato de a mulher ser ou não ser mãe permeia grande parte das expectativas apreendidas e esboça uma polaridade de representações diante da histerectomia. Enquanto a maior parte das mulheres que possuem filhos ou filhas percebe a retirada do útero como uma cirurgia comum, semelhante a qualquer outra intervenção cirúrgica, as que não os(as) possuem ancoram o significado do útero, principalmente no seu potencial reprodutivo, objetivando-o como órgão vital para sua realização como mulheres.

Motivo da consulta ginecológica

O motivo da consulta ginecológica foi considerado um aspecto de grande relevância entre as representações das mulheres sobre a histerectomia. Uma das informantes, que não tinha filhos(as), apontou a dificuldade de engravidar como o problema desencadeador da consulta:

> *Fez um ano e pouco que eu parei com os medicamentos, porque eu queria engravidar, eu não engravidava nunca, aí eu procurei uma médica, Dra. D., ginecologista. Fiz todos os exames... Aí que ela descobriu que eu tava com mioma. [...] De três meses para cá eu comecei a ter hemorragia, aí foi quando eu passei a ter os sintomas do mioma; até aí eu não tinha nada.* (LSS. 34 anos, s/f).

Se, para as mulheres em geral, a incapacidade de gerar desencadeia sofrimento, é possível inferir que, para essa informante, a indicação de histerectomia tenha sido motivo de grande amargura, pois encerrou o sonho de se realizar como fêmea, exatamente no momento em que vinha buscando tal realização. Provavelmente, suas representações ancoraram-se em concepções conservadoras, para as quais o aspecto biológico continua sendo acionado para explicar e justificar o papel da mulher na sociedade como mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos(as) filhos(as) e demais familiares.[5,6]

Por outro lado, algumas mulheres associaram a indicação cirúrgica com a possibilidade de alívio dos sinais e sintomas desencadeadores da consulta médica:

> *Pelo sangramento né?... Eu menstruo dez dias no mês e muita, muita quantidade.* (SDS, 49 anos, c/f)

Essa informante complementa dizendo acreditar que a cirurgia lhe trará alívio dos sintomas...

> *Um alívio, um alívio. Por que isso me prejudica muito a minha qualidade de vida. Faz seis meses que eu sangro assim, direto, direto. Só com remédio eu paro de sangrar.* (SDS, 49 anos, c/f)

Assim, foi possível compreender que, entre as mulheres que haviam passado pela experiência da maternidade, a cirurgia foi fundamentalmente considerada uma forma de cessar os sangramentos, deixar de sentir dor, enfim, melhorar a qualidade de vida.

Vida conjugal e afetiva

Das representações emergentes dos relatos, a sexualidade caracterizou-se como uma dimensão importante, provavelmente por permear de maneira significativa os contextos de vida das mulheres em processo de histerectomia. Para facilitar a compreensão, é útil resgatar que a sexualidade não é sinônimo de ato sexual, tampouco se limita à presença ou ausência de orgasmo. Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações que se referem tanto à saúde física quanto à saúde mental.[7,10]

Nesse sentido, verifica-se que, para muitas das informantes, a sintomatologia era limitante e até impedia um viver prazeroso da sexualidade, independentemente do fato de serem mães.

Embora as informantes refiram uma vida sexual "normal", sem especificar em que consiste a chamada normalidade, as questões relacionadas à sexualidade mostraram-se carregadas de preocupação e insegurança com os aspectos relativos à vida sexual e à afetiva, o que pode ser visto nos seguintes fragmentos de fala:

> *A minha vida sexual é normal. Graças a Deus não tenho problemas (sorriu). É afetada por causa disso mesmo, imagina que meu marido tem meses que não tem esposa, né,! Porque é um mês inteiro. Um dia eu estou menstruada. Aí para outro dia. Depois é dez dias na corrida, então, claro, aí é difícil, mas graças a Deus ele é compreensivo.* (SDS, 49 anos, c/f)

> *É boa, é normal, a gente se entende, não tem nada... Tirando esse problema da dor, do sangramento... O incômodo é horrível também, pois quando eu vou ter relação com o meu namorado... fica aquele pânico né... dói, dói, sangra, depois fica dois dias sangrando...* (MEFA, 43 anos, s/f.).

Convém destacar que algumas participantes tinham a esperança de poder, após a cirurgia, ter uma vida sexual saudável, ou seja, viam a cirurgia como uma possibilidade de recuperar uma relação já desgastada e comprometida, tanto pela rotina quanto pela presença dos sinais e sintomas que advinham do quadro patológico.

REME v13 n2.pmd 252 15/1/2010, 16:46

Dessa forma, as participantes se referiram à vida sexual com preocupação, conforme indicam as falas abaixo:

> *Já há mais tempo eu estava sentindo muita dor, aí meu marido me procurava e eu estava sempre caindo fora, e a gente discutia, ele dizia que era falta minha, mas não é, porque eu sentia dor, agora ele vê porque... ele está bem quietinho.* (RBS, 43 anos, s/f)

> *Está tudo normal. Agora, ultimamente, o que atrapalhou um pouco foi esse lado da hemorragia sempre, a cólica sempre, eu tive muita dor, tive muita cólica e aí afasta um pouco, e ele também acho que se retrai por causa disso, mas até então tinha uma vida normal sem problemas... Estou preocupada, como eu vou me sentir depois, se vai ser normal, se vai ser natural. Acho que a única coisa que me importa agora é a vida sexual com o meu marido: vai continuar a mesma coisa? Só isso. Que não depende dele né, depende de mim, quer dizer, não sei o que ele pode pensar depois.* (NML, 42 anos, c/f)

Pode-se perceber, nessas falas, que as mulheres sentem-se como únicas responsáveis pela harmonia sexual, pela "normalidade" da relação, devendo estar sempre dispostas a dar prazer ao companheiro e submissas aos desejos dele. Ressalte-se que a relação sexual é vista como "serviço" doméstico, ou dever conjugal[1].

Mitos, crendices e tabus

Embora as entrevistadas tivessem comentado que mitos, crendices e tabus faziam parte do imaginário das pessoas antigas, acredita-se que, de certa forma, tenham influenciado as representações de algumas mulheres, gerando incertezas quanto às consequências da cirurgia, conforme está expresso nas seguintes falas:

> *A gente tem aquele mito dos antigos que as mulheres diziam que tinha aquela coisa que o marido reclamava que a mulher ficava 'oca', que a mulher ficava frígida, não tinha mais prazer assim como tinha antes, então esse tipo de coisa é que me preocupa... Será que eu vou ficar com uma depressão, vou sentir a falta. Será que eu vou ficar com problema? É isso só que tá me preocupando.* (NML, 42 anos, c/f)

Há evidência, ainda, de que os mitos podem influenciar, significativamente, nas representações das mulheres a partir das questões de sexualidade, como se pode observar na seguinte fala:

> *Eu já ouvi dizer que a mulher fica sem vontade sexual nenhuma, não sei se isso é verídico ou não. [...] Eu acredito que isso pode pesar, até mesmo porque a gente se sente... ah, eu não tenho mais o meu órgão, não sei de repente...* (CMF, 35 anos, s/f)

Esse processo terapêutico desencadeia o surgimento de diversas metáforas, como a de sentir-se com um "buraco", "frígida", sem capacidade de dar e sentir prazer, e está relacionado ao processo psíquico de construção de mitos, o qual se encontra atrelado a sentimentos, imagens e ideias assimiladas diante das necessidades instintivas e dos valores básicos de cada mulher. É como se houvesse um conjunto de ideias adormecidas no imaginário das mulheres sobre o útero e seus significados e que, na iminência da histerectomia, fossem despertadas e elaboradas, de acordo com as representações de cada uma.[1]

Portanto, os mitos ressurgem diante de um fato concreto, que, neste estudo é a histerectomia, porém, tais mitos passam a ser elaborados de acordo com a interpretação do imaginário de cada uma das informantes, diante do que já ouviram e discutiram sobre o significado de "não ter seu útero". O surgimento de mitos, por sua natureza e capacidade de mobilizar as mulheres, pode afetar até mesmo a maneira como elas vivenciam a histerectomía.[1]

Percepção do parceiro sobre a cirurgia

Analisando a opinião do companheiro diante da histerectomia, as informantes comentam que a maioria concordou com a realização do procedimento por ver a cirurgia como algo positivo, no entanto, os argumentos apresentados referem-se apenas ao corpo biológico e ao desempenho sexual. Em nenhum momento houve alusão aos sentimentos de que a possibilidade de remoção do útero poderia desencadear na mulher. Percebe-se, assim, que a mulher revela-se responsável por não poder exercer seu papel de esposa sexualmente ativa e que, em alguns casos, a cirurgia veio até substituir uma intervenção cirúrgica que seria realizada no marido, o que foi considerado conveniente para ele, conforme evidenciam as falas a seguir:

> *Com meu companheiro não adianta conversar, porque ele não... ele é muito frio para esse tipo de coisa. Pra ele, acho até que é conveniente porque ele ia fazer vasectomia, agora eu vou fazer... então para ele está descansado.* (NML, 42 anos, c/f)

> *Ele acha que eu tenho mais é que fazer, eu expliquei pra ele tudo, o médico me explicou que não tinha problema nenhum que eu vou continuar igual, uma mulher igual.* (MTS, 53 anos, c/f)

Ao abordar as questões apresentadas, percebe-se que o gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos.[11] Portanto, com base nessa concepção, nota-se uma influência significativa do poder másculo sobre a figura feminina, por meio do qual as mulheres assumem, historicamente, de maneira passiva, a responsabilidade de obedecer, servir e agradar ao companheiro, preservando as representações da dominação masculina e da submissão feminina.

Expectativas da mulher em relação à qualidade de vida

A repercussão da histerectomia na qualidade de vida das mulheres está associada à forma singular como cada

REME v13 n2.pmd 253 15/1/2010, 16:46

uma percebe os efeitos da doença e do tratamento cirúrgico no seu processo de viver e depende do próprio estado físico e dos recursos internos e externos que dispõem para lidar com esse evento.

A elaboração de ações de cuidado visando à melhoria da qualidade de vida e bem-estar das mulheres, depende do conhecimento e compreensão por parte dos profissionais de saúde de suas reais necessidades e dificuldades a fim de ajudá-las no processo de adaptação à doença e ao tratamento.

As mulheres entrevistadas elencaram diferentes dimensões, relacionadas à doença e ao tratamento, que podem interferir significativamente na qualidade de vida delas, como é evidenciado nos depoimentos que abordam tanto os benefícios físicos quanto os sociais, decorrentes da histerectomia:

> *Eu quero a minha saúde... Eu quero ficar livre do que tá me incomodando: a dor... Não é estética, beleza, eu quero a minha saúde. Vai melhorar, porque eu não vou tar com aquela tensão, de no mês estar três vezes menstruada, vai enfraquecendo...* (SNSS, 38 anos, c/f)

> *Um alívio, um alívio. Porque isso prejudica muito a minha qualidade de vida. Eu não posso me programar para nada. Às vezes eu estou no centro eu sinto aquilo correr assim e, de repente, parece que abre as torneiras, não tem nada que segure... Eu acho que vai melhorar a qualidade de vida. Eu não estou mais na idade fértil, não vai ter muito problema.* (SDS, 49 anos, c/f)

A qualidade de vida é representada socialmente por meio de valores subjetivos e objetivos. No primeiro, consideram-se as questões relacionadas ao bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal; no segundo, estão incluídos os bens materiais, culturais e ambientais.[8] De maneira geral, considera-se que a histerectomia interfere na qualidade de vida das mulheres, seja por meio dos aspectos subjetivos ou objetivos. Entretanto, percebe-se que as questões subjetivas apresentam-se de maneira mais significativa num processo de histerectomia, uma vez que essa prática está estreitamente ligada aos valores femininos, sexuais e comportamentais.

Evidencia-se que cada mulher apresentou expectativas diferentes diante do processo de histerectomia. Nesse sentido, cabe ressaltar que as representações propiciam a familiarização com o estranho, portanto, servem também para reduzir a margem de não comunicação. Essa margem é reconhecida por meio das ambiguidades das ideias, da fluidez dos sentidos, da incompreensão das imagens e crenças do outro.[14]

Assim, acredita-se que problematizar as questões imbricadas na prática da histerectomia possa contribuir para resgatar o estranho e categorizá-lo, ou seja, torná-lo conhecido, a fim de que a mulher possa ter uma representação menos traumática diante da indicação de retirada do útero. Tal ideia está baseada no fato de que a maioria das mulheres, mesmo aquelas que têm filhos e filhas, manifesta inquietudes, incertezas e dúvidas como: "Até que ponto a histerectomia, poderá realmente interferir em minha vida?"

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado, diante das representações sociais das mulheres em processo de histerectomia, permitiu nova reflexão em relação às reais influências da extirpação do útero na vida da mulher.

Apreendeu-se, com base nesta pesquisa, que as representações femininas, quanto à prática da histerectomia, são ancoradas em valores e crenças, referentes ao significado do útero como um órgão associado à reprodução, à sexualidade e, mais especificamente, à feminilidade.

Assim, percebeu-se que as representações das mulheres em relação à histerectomia apresentam certa polaridade. As que ainda não tinham filhos manifestaram, predominantemente, sentimentos de insatisfação, lamentando a impossibilidade de exercerem papel de mãe, impedidas até mesmo de realizar os sonhos. A maioria das participantes, que já possuíam filhos, objetivou satisfação e alívio, sentimentos ligados à solução dos problemas oriundos do quadro clínico, o que lhes permitirá readquirir a qualidade de vida.

Enfatiza-se, ainda, a importância da valorização dos espaços de escuta para que cada mulher, diante de uma indicação de histerectomia, possa manifestar seus sentimentos, anseios e angústias, contribuindo, assim, para o melhor enfrentamento de um processo cirúrgico a fim de prevenir possíveis conflitos pessoais e conjugais ocasionados por este tipo de cirurgia.

Portanto, acredita-se que esta pesquisa soma-se aos estudos científicos realizados em busca de maior valorização da mulher, aumentando a gama de conhecimentos em relação às novas conquistas femininas, além, principalmente, de instigar outro olhar às mulheres em processo de retirada de útero e contribuir significativamente na formação de nova representação social da histerectomia.

REFERÊNCIAS

1. Sbroggio AMR, Osis, MJMD, Bedone AJ. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(5):270-4.

2. Brasil Ministério da Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS. 2005. [serial on the Internet]. 2008 Nov [Citado em 2008 Nov 16]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/pinf/def.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde. [Citado em 2008 nov 26]. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B375C2D0E0F359G19HIJd2L2412M0N&VInclude=../site/infsaude.php.

REME v13 n2.pmd 254 15/1/2010, 16:46

4. Nunes MPRS, Gomes VLO. Representação Social: mulher em pré e pós-operatório, de histerectomia. II Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade: problematizando práticas educativas e culturais. Rio Grande: FURG/UFRGS; 2005.

5. Brasil. Política Nacional de atenção integral à saúde mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

6. Meyer DE. Gênero e educação: teoria e política. In: Louro, GL, Neckel J, Goellner SV (orgs.). Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

7. Madeira AMF, Almeida GBS, Jesus MCP. Refletindo sobre a sexualidade da mulher mastectomizada. REME Rev Min Enferm. 2007; 11(3):254-7.

8. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade e vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; (1):7-18.

9. Medeiros M, Ferriani MGC, Munari DB, Gomes R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. Rev Latinoam Enferm. 2001 mar/abr; 9(2). [Ctado em 2005 maio 1]. Disponível em: http//www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=so104-1169200100020000&/ng=pt. Capturado em 01/05/2005.

10. Egypto AC, organizador. Orientação sexual na escola: um projeto apaixonante. São Paulo: Cortez; 2003.

11. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educ Realidade. 1990 jul/dez; 16(2):5-22.

12. Backes S, Gregório VRP, Kletemberg D, Costa E, Arzuaga MA, Ramos RM et al. El ser humano y la perspectiva de género influenciando el vivir y la salud. Enferm Glob. 2008 Oct; 14:1-11.

13. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

14. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

15. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2007.

16. Turato ER. Tratado da metodologia clínico-qualitativo: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

17. Aguiar N. Perspectivas Feministas e o Conceito de Patriarcado na Sociologia Clássica e no Pensamento Sociopolítico Brasileiro. In: Aguiar N, organizador. Gênero e Ciências Humanas. Desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. p.161-190.

Data de submissão: 30/12/2008
Data de aprovação: 30/7/2009

REME v13 n2.pmd 255 15/1/2010, 16:46

O SIGNIFICADO DE MEIO AMBIENTE NA VISÃO DOS ATORES SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE MUZAMBINHO-MG

THE CONCEPTION OF ENVIRONMENT ACCORDING TO THE SOCIAL ACTORS OF MUZAMBINHO – MINAS GERAIS

EL SIGNIFICADO DE MEDIO AMBIENTE SEGÚN LA VISIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DEL DISTRITO DE MUZAMBINHO-MG

Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni[1]
Francisco Carlos Félix Lana[2]

RESUMO
A acepção de meio ambiente pode ser responsável pela forma como se lida com a problemática ambiental. Em geral, nas pequenas comunidades, os problemas ambientais não se materializam como grandes impactantes, fazendo com que não recebam adequada atenção, o que torna importante o entendimento de seu sentido. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em Muzambinho-MG, cujo objetivo foi compreender o significado de meio ambiente para os atores sociais pesquisados. Como o município foi considerado um espaço de diferenças, participaram do estudo todos os secretários municipais e todas as associações de bairros rurais e urbanas, bem como instituições das áreas ambiental e de saúde. A coleta de dados se deu por meio de grupos focais e análise documental. Foram realizados seis grupos focais. Participaram do estudo 43 representantes das 54 instituições convocadas. Os documentos relativos ao tema, extraídos dos discursos dos pesquisados, foram o objeto da análise documental. Todos os dados obtidos submeteram-se à análise do discurso. Os resultados mostraram que a maioria dos pesquisados ainda vê o meio ambiente de forma fragmentada, enfatizando a problemática dos recursos naturais em detrimento da social. Ficou claro, também, que esses recursos servem para auxiliar a humanidade e que a relação homem-natureza é de interação, mas há o domínio humano. Os discursos revelam uma reprodução não somente dos pensamentos e discursos da sociedade global, mas também do comportamento social desta. Consideramos urgente uma (re)significação do meio ambiente, pois somente quando compreendermos de fato a sua complexidade teremos mudanças mais significativas nesse campo.
Palavras-chave: Meio Ambiente; Natureza; População; Saúde.

ABSTRACT
The conception of environment may be responsible for how people deal with environmental problems. In general, in small towns these problems do not have big impact and thus, do not receive proper attention. This paper describes a case study with a qualitative approach that was carried out in Muzambinho, Minas Gerais. It aims to understand what the conception of environment is to the surveyed social actors. Since the city was considered to be a place of differences, all municipal secretaries, urban and rural associations, and institutions related to environmental and health areas participated in the study. The data was collected through focus groups and document analysis techniques. Six focus groups were formed and 43 representatives from 54 invited institutions participated. Documents collected from the speech of the participants and were related to the topic were considered for the analysis. All data underwent discourse analysis. Results show that most of the participants still see the environment in a fragmented way and emphasize the questions related to the natural resources rather than the social issues. It is also clear that these resources help the humanity, and that the relationship between men and nature is an interaction, although there is a human domain. The analysis of the discourses revealed not only the way society thinks but also the way it behaves. We consider that there is an urgent need to (re)define environment, since we will only propose significant changes once we understand its complexity.
Key words: Environment; Nature; Population; Health.

RESUMEN
El sentido de medio ambiente puede ser responsable del manejo de la problemática ambiental. Generalmente, en las pequeñas comunidades, los problemas ambientales no se tratan como siendo de gran impacto y por ello no reciben la debida atención. Por lo tanto, es importante entender bien su significado. El presente trabajo es un estudio de caso con enfoque cualitativo, realizado en Muzambinho, Minas Gerais. Su objetivo fue comprender el significado de medio ambiente para los actores sociales estudiados. Como el distrito fue considerado espacio de diferencias, participaron del estudio todos los secretarios municipales, las asociaciones de barrios urbanos y rurales al igual que instituciones relacionadas con el área ambiental y de salud. La recogida de datos se efectuó con grupos focales y análisis documental. Se realizaron seis grupos focales y participaron del estudio 43 representantes de 54 instituciones convocadas. Los documentos relativos al tema, relevados de los discursos de los entrevistados, fueron objeto del análisis documental. Todos los datos fueron examinados utilizando el análisis del discurso. Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados todavía ve el medio ambiente de manera fragmentada, haciendo hincapié en la cuestión de los recursos naturales y menoscabando la cuestión social. Resultó evidente que estos recursos sirven para ayudar a la humanidad y que la relación hombre-naturaleza es una interacción dominada por el ser humano. Los discursos de los encuestados revelan una reproducción no sólo de los pensamientos y discursos de la sociedad global, sino también de su comportamiento social. Consideramos urgente una (re)significación del medio ambiente; sólo cuando entendamos su complejidad lograremos cambios significativos en este ámbito.
Palabras clave: Ambiente; Naturaleza; Población; Salud.

[1] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora assistente do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG.
[2] Enfermeiro – Doutor em Enfermagem – Professor associado do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFMG.
Endereço para correspondência: Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni: Rua do Ouro, 938, apto 201 – Bairro Serra – Belo Horizonte – Minas Gerais. CEP:30220-000.E-mail: fabiolabaroni@gmail.com.

REME v13 n2.pmd 256 15/1/2010, 16:46

INTRODUÇÃO

No final do século XX, o mundo passou por várias transformações, e a pressão exercida pela população sobre o ambiente fez com a população mundial tratasse das questões ambientais. A forma e o ritmo com que a humanidade utilizava os recursos naturais fizeram com que o assunto fosse debatido mundialmente, pois já se sentia e previa os impactos negativos dessas ações.

As previsões para o início do século XXI eram catastróficas e, apesar de haver uma preocupação com a população menos favorecida, a ênfase estava no controle da poluição industrial, na diminuição dos desmatamentos e até na diminuição da produção industrial e agrícola, dado o alto nível de poluição, aumento da temperatura da Terra, degradação do ecossistema com extinção de muitas espécies vegetais e animais, além de muita fome e miséria.[1] Desde então, conferências, encontros e fóruns têm sido constantemente criados com a finalidade de discutir e propor soluções para os problemas ambientais mundiais.[2]

Este século, entretanto, se desdobra, e nosso desafio com relação ao meio ambiente parece cada vez maior. Ao se fazer uma retrospectiva da problemática ambiental a partir do final do século XX, mais precisamente da década de 1970, quando, de fato, se iniciaram ações mais concretas nesse campo, observaremos que houve muitos avanços, sobretudo na aplicação de novas tecnologias para a preservação do meio ambiente. Não se pode negar também que, de lá para cá, não somente os defensores da causa se manifestaram a esse respeito, mas, da mesma forma, as "pessoas comuns" passaram a discutir e a se apoderar dos problemas ambientais existentes.

Embora, no momento, a expressão "meio ambiente" seja amplamente conhecida e compreenda, a interação entre todos os componentes da natureza e entre tudo o que se refere ao ser humano, a complexidade dessa interação costuma fazer dessa expressão algo não muito claro.

Muitas pesquisas e investigações ainda devem ser feitas para melhor entender a relação entre população e natureza, ou seja, faz-se necessária a compreensão do meio ambiente. No que se refere ao campo da saúde, é importante que se perceba que ele está intimamente ligado ao meio ambiente e que o entendimento de muitos eventos só poderá se dar numa perspectiva sistêmica.

Assim, considerar as alterações no ambiente físico, as relações socioeconômicas, a população e suas condições de vida, bem como as modificações introduzidas pelo processo de desenvolvimento e tantos outros aspectos, é fundamental para uma efetiva intervenção no campo da saúde da população.

Saber como as pessoas das pequenas cidades/comunidades percebem e lidam com os seus problemas ambientais sempre nos trouxe interesse, sobretudo porque, de modo geral, os problemas ambientais de uma significativa parte dos pequenos municípios não se materializam como grandes impactantes ambientais e, consequentemente, da saúde. Acreditamos que, tanto no Brasil quanto no Estado de Minas Gerais, a referida situação possa ser verificada na maioria de seus municípios, pois, em regra, estes costumam ser de pequeno porte, pouco industrializados e quase sempre a base econômica deles é algo propício ao ambiente natural local.

É justamente por tal motivo que nos preocupamos com as situações cotidianas que poderão interferir no meio ambiente, cujos efeitos, muitas vezes, poderão aparecer apenas alguns anos depois. Além disso, acreditamos também que, do ponto de vista ambiental, fazemos parte de um sistema no qual tudo afeta o todo. Assim, é fundamental que compreendamos que as ações individuais e locais podem, em conjunto, impactar tanto positiva quanto negativamente as ações mais globais, o que, por sua vez, terá efeito semelhante se a pensarmos inversamente.

Se o meio ambiente é, hoje, um tema e um problema dos quatro cantos da Terra e, praticamente, não há quem não se interesse por ele, quais são as razões que nos motivam ou desmotivam para a efetivação de uma mudança tão discutida e desejada nesse campo? Após algumas discussões e estudos, inferimos que faltam elementos concretos para as ações e tomadas de decisões da população. Esses elementos concretos seriam de diversas ordens, mas ousamos dizer aqui que o primeiro deles, e talvez o mais importante, seria o da compreensão do significado de meio ambiente, ou seja, a ideia a acepção do que é o meio ambiente para a população, pois somente a partir daí todos os movimentos e ações seriam construidos.

Assim, o objetivo com esta pesquisa foi compreender o significado de meio ambiente para os atores sociais do município de Muzambinho-MG, que se localiza no sudoeste do Estado de Minas Gerais. A escolha do município se deu em razão da observação feita por nós no estudo sobre o Gerenciamento Integrado dos Resíduos dos Serviços de Saúde da Microrregião da Baixa Mogiana,[2] do qual Muzambinho faz parte, que indicava a existência de problemas ambientais locais, com algumas consequências já evidenciadas na área de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Adotou-se esse método porque por meio dele podem ser exploradas as circunstâncias da vida real cujos limites não estão claramente definidos e, também, descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação.[3] A coleta de dados se deu por meio das técnicas de grupos focais e análise documental. Os grupos focais permitem uma aproximação com o pensar coletivo de determinado tema, que faz parte da vida das pessoas ali reunidas, o que possibilita conhecer o processo dinâmico de

REME v13 n2.pmd 257 15/1/2010, 16:46

interação entre os participantes.[4] A análise documental numa pesquisa qualitativa constitui uma técnica valiosa, pois pode complementar as informações obtidas por meio de outras técnicas.[5]

Na coleta de dados, procurou-se considerar Muzambinho como um espaço de diferenças. Por tal motivo, foram incluídos participantes que viviam nas áreas central, periférica e rural do município. Assim, foram convidadas a participar do estudo as 20 associações rurais e as 8 associações urbanas que tinham cadastro atualizado na prefeitura, todos os 12 secretários municipais, uma vez que, como gestores, supõe-se tenham maior conhecimento dos fatos e fenômenos locais, e, por último, 8 instituições ligadas à área ambiental e 6 órgãos de saúde, tendo em vista que esses contemplam diretamente o objeto da pesquisa.

Dos 54 órgãos/entidades e instituições convidadas, 38 mandaram representantes. Considerando que algumas dessas instituições/entidades enviaram mais de um representante e que duas instituições/entidades foram representadas por uma única pessoa, houve 43 participantes. Esses participantes foram enumerados em seus respectivos grupos, que por sua vez seguiram a ordem afabética, conforme se pode verificar no QUADRO 1, a seguir:

QUADRO 1 – Instituições/entidades/órgãos participantes da pesquisa de acordo com seus respectivos grupos

Tipos de instituições/entidades/órgãos participantes	Grupos e numerações conferidos aos participantes
1. Associações comunitárias da zona rural	Grupo A (representantes enumerados de 1 a 8)
2. Associações comunitárias da zona rural	Grupo B (representantes enumerados de 1 a 11)
3. Associações comunitárias da zona urbana	Grupo C (representantes enumerados de 1 a 7)
4. Secretários municipais	Grupo D (representantes enumerados de 1 a 8)
5. Instituições ligadas à área ambiental	Grupo E (representantes enumerados de 1 a 4)
6. Instituições ligadas à de Saúde	Grupo F (representantes enumerados de 1 a 5)

Foram realizados, ao todo, seis grupos focais, denominados de A a F, com um encontro para cada um deles. Durante os primeiros momentos dos encontros, o objetivo foi orientar os participantes quanto aos procedimentos relacionados à pesquisa e ao grupo focal,e posteriormente passamos à compreensão da problemática ambiental e de saúde. Para subsidiar esse momento da reunião, elaboramos um roteiro sem respostas prefixadas, que possibilitou aos entrevistados discorrer sobre condições ambientais envolvidas no processo saúde-doença da população local, objeto de nossa tese de doutorado.

Considerando que este artigo é um dos frutos de nossa pesquisa e que o entendimento da relação saúde e meio ambiente só seria possível se entendêssemos o que é o meio ambiente para os atores em questão, julgamos de extrema relevância compreender qual era, para eles, o significado de meio ambiente. A autora participou de todos os encontros, que duraram em torno de duas horas, como moderadora e foi apoiada por três voluntários, todos residentes no município estudado, que foram previamente treinados para a participação nessa etapa da pesquisa. Coube aos referidos voluntários fazer as anotações necessárias para o entendimento das falas, quando no período da transcrição dos dados, bem como ajudar na distribuição dos materiais necessários durante a coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas, ouvidas e transcritas pela própria autora, com a finalidade de não se perderem os dados e também para melhor compreensão dos resultados. Após as transcrições das falas, extraímos dos discursos todos os documentos municipais, citados pelos participantes, que contivessem informações sobre saúde e meio ambiente e que pudessem trazer o significado de meio ambiente, constituindo-se em material para nossa análise documental. De posse dessa relação de documentos, fomos pessoalmente ao município a fim de obtê-los nas entidades e instituições pertinentes.

Para a interpretação dos resultados, tanto dos grupos focais quanto dos documentos, utilizamos a análise de discurso, pois entendemos que todo falante e todo ouvinte ocupam um lugar na sociedade, e isso faz parte da significação. O lugar que o sujeito ocupa, ou o lugar de onde este sujeito fala, é um espaço de representações sociais e este é constitutivo de significações[6]. Os dados obtidos foram analisados e discutidos à luz da literatura concernente. A fase de coleta de dados foi realizada somente após a aquiescência dos participantes e também após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as etapas previstas no projeto foram realizadas respeitando-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 196/96 e só aconteceram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, conforme parecer favorável do Processo n° 0255.0.203.000-07.

REME v13 n2.pmd 258 15/1/2010, 16:46

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os grupos entrevistados mostraram uma visão uniforme sobre meio ambiente. Para eles, o meio ambiente é tudo aquilo de que o homem precisa para viver. Em outras palavras, tudo aquilo que o homem necessita para sua existência faz parte do meio ambiente.

> *São todas as condições ambientais ligadas ao ser humano.* (A3)

> *Inclui tudo que a gente precisa no lugar que a gente mora...* (B2)

Retomando um pouco da história, podemos entender como essa visão foi se consolidando ao longo do tempo. Os filósofos naturalistas ou da *Physis* preocupavam-se com o cosmo ontológico e com o princípio de todas as coisas. Além disso, provinha da *Physis* tudo *o que era, o que é e o que será* – Sol, Terra, astros, árvores, homens, animais e os próprios deuses, não havendo contraposição entre natural, psíquico e social.[7] De acordo ainda com esses mesmos filósofos,

> os elementos que compunham a *physis* formariam harmonicamente todas as coisas, por meio de forças vivas de reunião e dispersão. A harmonia e o equilíbrio constituintes da natureza seriam resultados da coexistência dessas forças paradoxais que tenderiam, uma, à agregação, e outra, à desagregação, uma, à separação, e outra, à indiferenciação.[7]

Nessa visão, o homem é até reconhecido como distinto do restante do mundo, mas esse homem jamais conseguiria manter uma relação dissociada do mundo, pois este é uma totalidade. De tal modo, a compreensão da natureza deveria ser apreendida, ou seja, o homem poderia observá-la e contemplá-la, mas não dominá-la.[8]

Durante a Idade Média, os postulados cristãos de Santo Agostinho e de São Tomás de Aquino foram fundamentais para a lógica do que era a natureza, que representava a perfeição divina do universo criado por Deus para servir ao homem. De tal modo, cabia ao homem apenas obedecer aos desígnios divinos, que muitas vezes se manisfestavam pelo meio natural, no qual a natureza se confundia com a própria mente divina. Assim, trovões, pestes e inundações eram considerados desígnios de Deus e a Terra era vista como um organismo vivo ontologicamente feminino, uma força viva que nutria o homem e seus desejos.[9]

Após a Idade Média, vários avanços científicos e tecnológicos tiveram sustento na criatividade, no individualismo, no saber e no domínio humano. Assim, essa perspectiva de domínio inspirou e movimentou não somente as navegações, os descobrimentos científicos e as artes, mas também patrocinou um desenvolvimento, sobretudo industrial, profundamente antiecológico, caracterizando a cisão entre o homem e a natureza. Desde então, o ser humano passou a ser visto como conquistador e proprietário da natureza, e não mais seu partícipe e observador harmonioso.[10]

Portanto, hoje, as ideias que perpassam pela humanidade com relação ao meio ambiente estão sempre carregadas das representações mentais advindas de outros tempos, como o da *Physis*, em que o mundo é uma totalidade e, assim sendo, o homem não se dissocia deste. É apenas uma parte, um dos elementos da natureza, cujas forças agregadoras e desagregadoras resultam em harmonia.[7]

> *Então as condições ambientais eu acho que é a condição de equilíbrio. De equilíbrio, mas é de um equilíbrio amplo. É o equilíbrio que rege o universo. E essa relação de tudo que existe no universo, repete aqui em Muzambinho; aqui acontecem as coisas que acontecem no universo. Então as relações nossas com a natureza devem estar equilibradas. E as relações dentro daquilo que nós chamamos natureza também devem estar equilibradas. Então acaba sendo uma interação, acaba sendo uma interação das pessoas, dos seres, da parte mineral, dos vegetais. Tudo isso tem uma interação*. (D1)

Com relação à Idade Média, em que a natureza representa a perfeição a ser contemplada, pois era o divino se manifestando, a Terra era uma força viva, às vezes vingativa, que sustenta o homem.

> *Mais cedo ou mais tarde, a sociedade vai pagar pelo óbvio. A natureza tem força. O ser humano não tem força pra tá lutando com ela.* (A1)

Essas representações estão presentes em maior ou menor grau em grande parte dos grupos sociais humanos, embora, na maioria das vezes, estes não compreendam que seus pensamentos fazem parte de um constructo social. Neste estudo, pudemos notar que essa era uma realidade também da população estudada, excetuando-se apenas os participantes do grupo diretamente ligado ao meio ambiente que entendiam essa construção social e sempre se localizavam social e temporalmente.

> *Essas condições ambientais foram demasiado alteradas a partir da Revolução Industrial, né? [...] Nós temos ali, a proliferação da própria espécie humana entendida como 'o Câncer de Gaia', que segundo André Soares considera os seres humanos o pior agente de devastação da atualidade. Nós temos, inclusive, as indústrias, que colocam uma quantidade significativa de enxofre na atmosfera, o que provoca chuva ácida; nós temos aí o problema dos dejetos urbanos que são lançados à toneladas nos rios. Quer dizer, as condições ambientais, elas são realmente, extremamente alteradas pela própria ação humana. E hoje nós estamos vivendo aí, as consequências dessa alteração das condições ambientais.* (E1)

REME v13 n2.pmd 259 15/1/2010, 16:46

No entanto, ressalte-se que a relação de dominação e exploração da natureza pelo homem surgida no período renascentista continua a ser o pensamento prevalente da sociedade em que vivemos, o que não foi diferente nos resultados encontrados em nossa pesquisa. Na atual sociedade, é como se tudo existisse apenas para servir ao homem, para satisfazer-lhe os desejos e necessidades, que são cada vez maiores. Essa visão de mundo que vem de anos atrás tem sido muito discutida e questionada nos mais variados movimentos sociais atuais, porém, as ações existententes ainda são pouco efetivas nesse campo. Surge aí o sofrimento do homem, pois este ser não se sente parte da natureza e, portanto, não tem consciência da sua participação nela.[11] E do antagonismo em que ora é submisso a ela, ora é seu explorador e dominador surge o conceito de meio ambiente que não é sinônimo de natureza, mas abrange os campos sociais, culturais, econômicos e morais, dentre outros, decorrentes das atividades humanas na relação com essa natureza.

Neste estudo, fez-se presente esta arraigada visão de meio ambiente apenas como homem-natureza, que exalta o cuidado com a fauna, a flora e outros elementos naturais e desconsidera campos de ação humana que fazem parte e interferem nessa relação, ou seja, as práticas sociais humanas. Essa visão mais ecológica, que não necessariamente exclui o homem, mas enfatiza o ecossistema é geral de todos os grupos pesquisados e pode ser observada nos trechos dos discursos que se seguem:

> *A condição do meio ambiente quando veio as populações. Quer dizer no caso, a água...* (A3)

> *As condições do ambiente, ser humano, animal, aí entra também como se fosse a ecologia.* (C2)

> *Porque quando fala do nosso relacionamento com o meio ambiente a gente tem que pensar em nós, tem que pensar nos bichos, tem que pensar na flora, na fauna*. (A6)

Até bem pouco tempo, os movimentos em prol do meio ambiente eram genericamente conhecidos pela população apenas como movimentos ecologicistas, de proteção de recursos naturais ou de militantes da causa. Mesmo porque somente nos últimos 40-50 anos os movimentos ambientalistas tornaram-se efetivos diante da crise ambiental que começava a assolar, principalmente, os países "desenvolvidos" ao explorarem grande quantidade de recursos e energia do planeta. Embora, hoje, essa ideia tenha se tornado bastante fragmentada e insuficiente, pois a degradação ambiental está diretamente ligada à degradação das condições de vida do homem contemporâneo, essa ideia ainda continua perene em boa parte da população, fazendo com que as pessoas, muitas vezes, se sintam como defensoras do "verde".

Além dos discursos obtidos por meio dos grupos focais, procuramos fazer na análise documental uma varredura do significado de meio ambiente. Embora vários dos documentos analisados apresentem uma diversificação de ações e competências da sociedade relativas à problemática ambiental, o único documento que, de fato, conceitua meio ambiente é o Código de Postura, elaborado em 1994, que nos mostra, mais uma vez, que a noção de meio ambiente é a de natureza:

> *Inclui-se no conceito de meio ambiente a água superficial ou de subsolo, o solo de propriedade privada ou de uso comum, a atmosfera e a vegetação.* (Seção II da Proteção Ambiental, art. 8º, inciso IV § I)

Ressalte-se, entretanto, que o Plano Diretor Municipal Participativo de Muzambinho, elaborado em 2008, que contou com a participação não somente das autoridades locais, mas, também, da sociedade, em seu Capítulo II, que trata sobre meio ambiente, traz em sua Seção I – Das Diretrizes – o que compreende a gestão ambiental. O art. 206 da referida Seção não traz um conceito em si, mas aborda que a gestão ambiental engloba o sistema hidrográfico, o relevo e o solo, o ar, a vegetação e a fauna dos espaços públicos e privados.

Tendo em vista também que o Plano Diretor recentemente elaborado foi um documento produzido por pessoas da sociedade, fica claro que essa é uma posição delas. E tais discursos presentes nos documentos só vêm reforçar os resultados obtidos dos discursos dos grupos focais, em que há uma exaltação da natureza, com pouca preocupação com o aspecto social humano.

Assim, pode-se concluir que, pelo menos em termos conceituais, nenhuma evolução houve de 1994 a 2008 nos documentos elaborados no município. E como grande parte desses documentos são recentes, infere-se que esse conceito, esse significado ou, ainda, essa visão do meio ambiente é a visão de uma boa parte da sociedade local. Inferência que pode ser reafirmada com os dados obtidos por meio dos grupos focais deste estudo.

Antes das duas últimas décadas, não se discutiam ou se viam no mundo problemas relacionados ao desenvolvimento, pois toda política e governo mundial o almejava. Por sua vez, esse desenvolvimento foi e é entendido por muitos de forma reducionista, contemplando apenas o crescimento econômico e desconsiderando suas outras facetas, como a elevação dos níveis de saúde, a educação e a diminuição das desigualdades, não restrita apenas à renda.[12]

Assim, as transformações mundiais das últimas décadas, vinculadas à degradação ambiental e à crescente desigualdade entre regiões, assumiram um lugar de destaque, pois de um lado estavam os impactos da crise econômica da década de 1980 e de outro, o alarme dado pelos fenômenos ambientais globais, levando a sociedade a repensar os paradigmas existentes.[13]

É nesse contexto que surge o desenvolvimento sustentável para dar uma resposta à necessidade de

REME v13 n2.pmd 260 15/1/2010, 16:46

harmonizar os processos ambientais com os socioeconômicos, maximizando a produção dos ecossistemas para favorecer as necessidades humanas presentes e futuras.[13] Entretanto, hoje, o desenvolvimento sustentável tem sido muito criticado por diversas áreas da sociedade que o consideram utópico. Mas é preciso salientar que essas mesmas áreas da sociedade foram, em parte, responsáveis pela banalização e pela elasticidade com que esse conceito foi empregado, descaracterizando-o. Além do mais, a utopia, tida com quimera ou fantasia e, portanto, algo ideal, pode, em outro momento, transformar-se em real.

O verdadeiro desenvolvimento sustentável se ampara em cinco pilares: social, que é intrínseco e ao mesmo tempo instrumental para uma disrupção social, hoje ameaçadora, ambiental, que ao mesmo tempo provém a vida e recursos e é ao mesmo tempo recipiente desta, territorial, pois os recursos, a população e as atividades não estão homogeneamente distribuídos, e econômico, condição *sine qua non* para que as coisas aconteçam e político para fazer as coisas acontecerem.[14]

Neste estudo, há os que conseguem extrapolar a visão de meio ambiente para além dos muros da "mãe natureza", ressaltando condições construídas pelo homem ou, ainda, que vivem no ideal humano, condições estas presentes no conceito de sustentabilidade. Os entrevistados que esboçam esse pensamento são sempre aqueles que lidam com as causas ambientais ou, ainda, aqueles que, no momento do estudo, faziam parte da administração pública, ocupando cargos e funções estratégicas que, subentendemos, lhes permitiam uma visão mais geral e apurada dos fatos. Em todas as circunstâncias e em todos os grupos, porém, percebemos que o homem continua a ser visto como o centro do universo:

> *Lógico que tem essa visão clássica que se adotou pra falar de meio ambiente que é essa visão da natureza, né?! Meio ambiente, a flora, a fauna. Mas as condições ambientais são as condições onde a pessoa vive. Condições ambientais são todos os fatores, de todas as áreas que influenciam na qualidade de vida da pessoa. [...] saúde. [...] trânsito [...] Acessibilidade [...] Água [...] Saneamento básico [...]Trabalho [...] Educação, lazer [...] Direitos políticos [...] Liberdade de expressão [...] Cidadania... Condições ambientais são todos os fatores que circundam a pessoa ali onde ela vive, em todos os sentidos. Seria até redundante, até difícil enumerar todos os fatores que influenciam na vida da pessoa, né?!* (D5)

Muito discutimos sobre a necessidade de mudança de postura das pessoas, da exigência de criar alternativas para os problemas ambientais, que não são somente os do ambiente físico e natural (que por sua vez não é estático), mas, sim, de um sistema dinâmico que abrange a totalidade da relação homem-natureza. Entretanto, pouco falamos dos estigmas que já nascem com o próprio conceito de meio ambiente, cujo sentido é amplo. Se o meio ambiente inclui a defesa do ambiente natural e do social, sobretudo diante das questões econômicas, isso implica profundas mudanças nos padrões humanos ora vigentes. De tal modo, verificamos um discurso que levanta questões bastante pertinentes no que se refere aos conflitos e desejos da atual sociedade no que tange ao meio ambiente.

> *Até quando? E até quando que a sociedade também, que não prioriza o financeiro, o econômico em detrimento do meio ambiente. Então, existem coisas ideais, idealizadas, mas será que a sociedade quer mesmo isso?A sustentabilidade tá ligada a uma mudança de conceitos e de atitudes e muitas vezes precisa da gente abrir mão do nosso próprio conforto. Então a mudança é muito mais profunda do que se imagina. [...] E na hora de abrir mão do conforto? E na hora de tomar o banho quente mais curto? Ou o banho frio? Então eu acho que é hora também de fazer perguntas também para a sociedade!* (E2)

O mundo contemporâneo e capitalista nos convoca a usufruir um aparato jamais existente anteriormente, para a satisfação de todas as áreas do bem-estar humano. Apesar de uma grande massa da população mundial permanecer à margem dos benefícios do capitalismo globalizante que, com sua plasticidade, envolve a todos, aqueles que têm acesso às suas benécies não estão dispostos a abrir mão delas. Assim, a impressão que temos é a de que, de certo modo, a defesa do meio ambiente seria algo impositivo, visto que, mesmo em proporções incertas, os prejuízos à humanidade já seriam fato. Além de essa defesa vir como algo impositivo, outra hipótese que levantamos é a de que ela também é sentida como um retrocesso. Para muitos, é como se, ao defender o meio ambiente, em seu sentido figurado, o homem voltasse ao Jardim do Éden, ou, ainda, é como se, obrigatoriamente, fôssemos fazer parte de movimentos como os dos *hippies*, símbolos até os dias atuais da contracultura.

No que tange à parte social, soma-se a isso, de maneira equivocada, a noção de abnegação, pois a defesa do social, da massa dos excluídos, pode também remeter a uma certa noção da nivelação de classes, havendo para muitos a ideia de perda de *status* e poder.

Pensar o meio ambiente significa compreender as relações sociedade-natureza, ou seja, incorporar essa dinâmica natural e social.[15] No momento, a compreensão do meio ambiente exige a noção de interação entre todos os componentes da natureza e do universo humano. Ressalte-se que há de fato uma interação do homem com o ambiente, seja ele natural ou não, e que, se interagem, são partes de um todo.

> *Qualquer ação que eu venha a fazer ela tá relacionada ao ambiente e, de certa forma, e vai refletir aonde eu tô vivendo.* (D6)

Para que haja de fato uma mudança em relação a toda problemática ambiental, o homem precisa abandonar

REME v13 n2.pmd 261 15/1/2010, 16:46

a noção ingênua de que nessa interação ele está em pé de igualdade com os outros componentes do meio ambiente. A própria Bíblia nos revela que o homem foi criado por Deus, e este o colocou para habitar a Terra e dominá-la e, também, os demais seres viventes. Isso, porém, não lhe dá o direito de destruí-la ou de conduzi-la como bem quiser, e, sim, lhe atribui a responsabilidade de cuidar, de zelar pelas criações divinas. Mesmo para os que não compartilham os postulados cristãos, não há como negar a relação de interação e dominação do homem em relação à natureza, pois o ser humano é um ser de intelecto. De qualquer forma, consideramos que a importância consiste em saber que nessa relação de interação e dominação o respeito é o verdadeiro valor. É ele quem determinará os caminhos dessa relação. Portanto, a interação homem-natureza é, sobretudo, uma questão moral e ética, e é essa noção que conduzirá os rumos estabelecidos.

> *A população tem que ter um certo respeito, um certo domínio de como usufruir dessas coisas que o meio ambiente nos oferece*. (F2)

> *A humanidade é co-responsável pelo ambiente que ela tá usufruindo hoje na medida em que ela escolhe um determinado tipo de vida. (*E5)

> *Porque hoje o cidadão fica preocupado com a situação que ele vive e fica um pouco a desejar pro problema do planeta*. (A1)

Os discursos resultantes da pesquisa nos mostram a todo tempo a noção de interação. Mas essa interação nos remete, também, à noção de domínio. Essa revelação interação e domínio também está contida nos conceitos/significados de meio ambiente apresentados por esses sujeitos. Assim, o que se tem é uma imbricada relação de interação e poder, e é nesse ponto que reside, a nosso ver, o grande nó da problemática ambiental. Ou seja, estabelecer os limites do poder, assumir a responsabilidade humana de cuidar da natureza e da sociedade, sobretudo dos menos favorecidos, deixando fluir a ética e a espiritualidade, entendida como uma nova experiência do ser, o irromper de um novo sonho, o vislumbrar de outra ordem capaz de ordenar o caos que se instalou não por meio de um saber codificado, mas de uma experiência profunda nas última raízes da realidade.[16]

A realidade dos tempos atuais tem nos mostrado, frequentemente, a necessidade de um equilíbrio. Com isso, mais uma vez, temos a certeza de que a ética é fundamental para a manutenção das forças que equilibram e harmonizam o meio ambiente, forças sem as quais o homem não vive, pois, assim como os problemas ambientais locais interferem nos globais e vice-versa, os problemas ambientais também interferem no existir humano, e este, reciprocamente. Nesse sentido, a única condição imposta por essa relação homem-ambiente, aparentemente tão antagônica e tão visceral, é a condição de equilíbrio tão desejada por aqueles que acreditam na sustentabilidade.

Durante as entrevistas realizadas para este estudo, percebemos que, por diversas vezes e em momentos distintos das discussões, sempre havia um apontamento para a necessidade de equilíbrio:

> *Porque o ambiente ele é saudável, ele é gostoso, mas quando equilibrado! Quando desequilibrado, ele é severo contra o nosso bem-estar...* (E4)

Um equilíbrio dinâmico entre as necessidades sociais e a capacidade da natureza de satisfazê-las é o que se entende por sustentabilidade.[17] Esta só será possível com uma mudança de paradigma. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de novas formas de solidariedade, de combate à pobreza, à intolerância, ao desperdício, levando em conta o bem comum sem violar os direitos individuais[17].

Mais uma vez ressalte-se que, neste estudo, somente as pessoas diretamente envolvidas com instituições ambientalistas é que abordavam ou discutiam sobre uma possível mudança de paradigma. As demais apenas sinalizavam para a necessidade de maior equilíbrio.

> *Com essa alteração de paradigma, hoje, nós caminhamos para o desenvolvimento das condições ambientais de sustentabilidade né?! Que é uma... que é também algo muito interessante que é abordado também pelo nosso amigo James Lovelock que escreveu* A vingança de Gaia. (E1)

Na perspectiva da globalização, da economia de mercado, nos moldes conhecidos, será difícil uma transição para a sustentabilidade, pois há várias tendências globais em longo prazo que afetam essa transição: paz e segurança, população, migração e urbanização, afluência e pobreza, bem-estar e saúde, produção, consumo e tecnologia, globalização, governança e instituições, mudança ambiental global.[18]

Para o autor, que não adentra na questão de uma mudança de paradigma, mas vê nessas tendências situações favoráveis e desfavoráveis à sustentabilidade, nós estamos, no momento, bem atrás de atender às metas a serem atingidas. Para ele, o que se pode fazer é tentar acelerar algumas situações favoráveis. E, como acredita que o desenvolvimento sustentável acontece mais localmente que globalmente, seria importante que as localidades identificassem os modos pelos quais podem contribuir para alterar as tendências que as afetam, já que só assim se poderá atingir o todo.

Os obstáculos para a sustentabilidade têm relação com uma restrita consciência na sociedade a respeito do modelo de desenvolvimento econômico em curso. As causas básicas de atividades ecologicamente

REME v13 n2.pmd 262 15/1/2010, 16:46

predatórias podem ser atribuídas às instituições sociais, aos sistemas de informação e comunicação, bem como aos valores adotados pela sociedade. Isso implica a necessidade de estimular a participação da sociedade.[19]

Enquanto se estudam e se debatem os problemas ambientais com a finalidade de propor soluções, de achar um caminho que seja compatível com o desejo humano e a preservação da natureza, seja apenas modificando algumas situações, seja mudando de paradigma, a evidência é de que, sem equilíbrio, ou seja sem sustentabilidade, tanto a natureza quanto a humanidade se encontram em verdadeira dificuldade. Assim, é preciso que comecemos a buscar em cada um de nós as contribuições tão necessárias a esse estado de bem viver, pois a natureza tem dado claras demonstrações ao homem de que a balança está pendente. E como os acontecimentos são locais e são globais, os continentes, países, Estados, municípios, comunidades e indivíduos também devem começar a agir no mesmo sentido:

> *Eles centralizaram muito a colocação como as condições adequadas para o ser humano viver melhor. Mas, na colocação ecologista, essas condições devem também, por uma questão de respeito, estender a todos os seres vivos. Daí que é mais difícil, mais difícil e mais bonito, porque começa a aparecer o respeito pelos nossos semelhantes e pelos nossos diferentes, não é verdade?! Então essa orquestragem, isso aí né, como se fosse uma coisa sinfônica, falando oh... cê vai tocar isso, cê tem um espaço seu aqui, cê tem um espaço seu aí, é essa que é a dificuldade, porque no afã de melhorar as condições para o ser humano, entra, como falou D2, o capitalismo e oferece tudo de uma vez só, então nós tamos acabando com todos os recursos, tamos ferindo as condições ambientais pra viver tudo de uma vez só, quer dizer, nós temos pouquíssimos anos de vida se continuarmos assim. Quer dizer, feriu, desrespeitou as condições básicas do meio ambiente, ou do ambiente, ou da natureza, para que o homem aproveitasse mais em conforto, não é?! Então é isso, é um momento que eu acho que precisa ser questionado, o que é esse conforto? O que é o consumismo? E também o meio ambiente, explorado como está sendo, a natureza explorada como está sendo é a mãe da miséria!* (D1)

Os discursos a seguir nos mostram, de forma sintética, que o município estudado teve suas condições naturais afetadas pelo homem, assim como em outras partes do mundo. E nos mostra também que, da mesma forma que somos capazes de afetar negativamente o ambiente, também podemos atingi-lo de forma positiva. Esses impactos e ações por nós instituídos podem concorrer tanto para destruir quanto para preservar. Podem tanto ser impactos pontuais quanto gerais. De tal modo, a interação entre as pessoas tem o poder de mitigar ou solucionar os novos problemas que surgem e a eles dar novos rumos.

> *Há cem anos atrás Muzambinho era um lugar espetacular pra fazer uma lavoura, pra plantar; três rios irrigavam 414 Km², água maravilhosa, altitude muito interessante, um clima ótimo, e alguém viu isso como um lugar bom pra se plantar, pra morar. E assim foi feito! [...] o café, que nós vivemos dele durante muito tempo, acabou lesando essas condições. [...] Hoje nós temos os nossos rios poluído. [...] Então nós temos coisas concretas, da mudança das condições ambientais lá no início, que era quase que um paraíso, né?! Isso aí repetiu em Muzambinho, o que aconteceu na Mesopotâmia, o que aconteceu em outros lugares, a devastação foi muito grande! Hoje nós estamos aí enfrentando as dificuldades, por termos perdido grande parte das condições ambientais favoráveis à vida. Hoje ouve uma interação das pessoas, no relacionamentocom o meio ambiente, melhorou demais, não é? Agora são novos problemas...* (D1)

> *Com relação àquilo que eu faço em relação ao meio ambiente, se há uma destruição do meio ambiente em São Paulo, eu acho que Minas Gerais vai sentir o reflexo desta destruição, entendeu? A nossa Amazônia, se a Amazônia for destruída eu acho que não só o Brasil, o nosso planeta vai ser... e isso que tá provocando um debate na comunidade, né?!* (D6)

> *Dessas condições ambientais que nós falamos anteriormente, em Muzambinho acho que os impactos são muito mais positivos. Só que existem hoje novas exigências a serem atendidas por nós*. (D5)

Como as condições ambientais são atributos do lugar e as condições de saúde atributos das populações, estas muitas vezes são interdefiníveis. Sendo a saúde um produto de multideterminações, temos também que esta está à mercê de múltiplos riscos, que por sua vez são diferentes para as diferentes camadas da população, bem como para as diferentes sociedades que habitam o globo. Torna-se relevante dizer que esses são decorrentes das próprias condições naturais existentes no planeta ou das condições criadas pelo homem:[20]

> *Porque você sabe, a alimentação é quase que a base da família. A família que alimenta melhor, que é mais esclarecida, que tem uma água potável, tem uma água filtrada, ela é logicamente muito menos propensa à doença do que uma pessoa que mora na periferia. Nós tamos falando dos bairros. Então no centro da cidade, ce vê lixo jogado no meio da avenida? Dificilmente! Ce vê um esgoto aberto aqui na cidade? Dificilmente né! Então por isso que, as pessoas que vêm da roça pra cidade vêm pra onde? Não vêm morar no centro da avenida, na rua Tiradentes, na Capitão, não vêm não! Elas vêm pros bairros e são as pessoas que às vezes estão menos esclarecidas, com menos condições financeiras. Eles amontoam tudo em dois ou três comodozinhos. Se um tiver uma gripe, um espirro, todos vão ter! Se um tiver uma diarreia todos vão ter! Não é isso? Então por isso no meu entender estão mais propensas por esse motivo!* (C2)

É nesse sentido que entender o significado de meio ambiente, assim como outros aspectos dessa relação

REME v13 n2.pmd 263 15/1/2010, 16:46

complexa do homem com a natureza, nos ajudará a intervir, como profissionais de saúde, no campo da saúde ambiental e das populações. Além disso, é importante que percebamos que a nossa atuação não se restringe somente ao aspecto profissional, mas ela deve também fazer parte de um movimento coletivo da sociedade em prol da problemática ambiental, que envolve as infinitas relações estabelecidas entre o homem e a natureza.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria da população ainda vê o meio ambiente de forma fragmentada, enfatizando a problemática dos recursos naturais em detrimento da social. Essa visão, somada à de que os recursos naturais estão aí apenas para servir ao homem, nos impede de caminhar para uma vida mais harmônica, mais sustentável, além de nos deixar longe de soluções efetivas. É evidente, também, que a relação do homem com a natureza é de interação e de domínio humano, numa busca constante de equilíbrio de forças.

Os discursos dos atores sociais deste estudo reproduzem o pensamento da sociedade global e ao mesmo tempo mostram que não são somente os discursos e os pensamentos que se repetem, mas, também, o comportamento da sociedade.

Assim, devemos trabalhar no sentido de (re)significar o meio ambiente, pois somente quando começarmos de fato a entender a complexidade do que ele é teremos mudanças mais significativas nesse campo.

A educação, seja ela formal, não formal ou informal, não é redentora de todos os problemas que envolvem o meio ambiente, mas ela é a chave para abrir um novo caminho na busca de soluções para a problemática atual. E ela deve acontecer por meio das famílias, das escolas, da sociedade civil organizada, dos setores privados e públicos, bem como da mídia.

Essa educação deve enfatizar um novo jeito de enxergar o meio ambiente, (re)significando-o. Isso quer dizer que é preciso que nos vejamos como parte dele e responsáveis por ele e não apenas observadores ou dominadores. Para isso, valores como a ética, a solidariedade e a espiritualidade devem ser resgatados.

O que aqui se colocou é algo difícil de ser praticado, pois o conflito intertemporal que há na sustentabilidade, ou seja, as dificuldades que temos de pensar nas gerações futuras, de sermos solidários no tempo, nos impede essa prática. Isso, somado ao fato de que há nas previsões futuras muitas incertezas, constitui o fator que mantém o *statu quo*.

Mas como acreditamos na possibilidade de mudanças, cremos que nossas ações individuais podem ser responsáveis por uma grande mudança ambiental.

REFERÊNCIAS

1. Porto MFMM. Educação ambiental: conceitos básicos e instrumentos de ação. Belo Horizonte: DESA/UFMG; 1996. 160 p.

2. Lima FCA. Gerenciamento integrado dos resíduos dos serviços de saúde: microrregião da Baixa Mogiana – Minas. [dissertação]. Belo Horizonte; Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2002. 169 p.

3. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª. ed. São Paulo: Atlas; 2006. 206 p.

4. Pereira MJB. Grupo Focal experiência na coleta de dados no projeto – CIPES – Brasil. In: A classificação Internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p. 25-55.

5. Menga L, Marli EDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. 2ª. ed. São Paulo: EPU; 1990. p

6. Orlandi EP. Discurso e leitura. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2008.

7. Czeresnia D. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. História, Ciências, Saúde — Manguinhos. 2001; VIII(2):341-56.

8. Bohadana E. Ver a vida, ver a morte: da filosofia e da linguagem. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1988.

9. Merchant C. Radical Ecology. Routledge: Cahapman & Hall Inc.; 1992.

10. Sevalho G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):349-63.

11. Cavalcanti C. Desenvolvimento e natureza: Estudos para uma sociedade sustentável. Recife: INPSO/FUNDAJ; 1994. p. 262.

12. Veiga JE. Desenvolvimento sustentável: desafio do século XXI. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. 226 p.

13. Jacobi P. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. São Paulo; 2003. Cadernos de Pesquisa, nº 118.

14. Sachs I. Desenvolvimento: includente, sustentável, sustentado. Rio de Janeirro: Garamond; 2004. 151 p.

15. Giuliani GM. Sociologia e Ecologia: um diálogo reconstruido.Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional da Associação de Projetos interdisciplinares de Pesquisas Sociais em Agricultura, UFPB, Campina Grande; 1996.

16. Boff L. Espiritualidade. In: Trigueiro A. Meio Ambiente no século 21: 21 especialistas falam da questão ambiental nas suas áreas de conhecimento. Rio de Janeiro: Sextante; 2003.

17. Crespo S. Educação e sustentabilidade na agenda 21: o papel da educação ambiental no programa da globalização. In: Fórum de Educação ambiental, 4; Encontro da Rede Brasileira de Educação Ambiental, 1. Rio de Janeiro, 1997. Cadernos do IV Fórum de Educação Ambiental; I Encontro da Rede Brasileira de Educação Ambiental. Rio de Janeiro: INESC; 1997. p 65-72.

REME v13 n2.pmd 264 15/1/2010, 16:46

18. Nicoll MCG. Population and sustainability. Policy research division working paper. New York: Population Council; 2005.

19. Jacobi P. Meio Ambiente e sustentabilidade. 2006. [Citado em 2009 jun 25]. Disponível em:<http://www.unifap.br/editais/2006/PMDAPP/sustentabilidade%B1%5D.pdf>

20. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre determinantes sociais em saúde no Brasil (CNDSS). Iniqüidades em saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Data de submissão: 9/7/2009
Data de aprovação: 28/10/2009

REME v13 n2.pmd 265 15/1/2010, 16:46

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DE FORTALEZA-CE, BRASIL*

REPRODUCTIVE AND SEXUAL HEALTH AMONG TEENAGERS FROM PUBLIC AND PRIVATE SCHOOLS OF FORTALEZA-CE, BRAZIL

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS Y PARTICULARES DE FORTALEZA-CE, BRASIL

Escolástica Rejane Ferreira Moura[1]
Carolina Barbosa Jovino de Souza[2]
Danielle Rosa Evangelista[3]

RESUMO

Com este estudo, teve-se os seguintes objetivos: identificar o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de adolescentes; detectar uso do condom e motivos de uso e não uso; averiguar a importância da prevenção da gravidez precoce; e verificar conhecimento sobre DST/HIV. Participaram 347 adolescentes de escola pública e 209 de escola privada de Fortaleza-CE. Os dados foram coletados por questionário, organizados no SPSS, versão 13.0. Foram efetuados testes do qui-quadrado (χ^2) e aplicada medida de chance *Odds Ratio* (OR). Não houve associação estatística entre ser adolescente de escola pública e de privada e ter vida sexual, filhos, iniciação sexual precoce e multiplicidade de parceiros, embora estes dois últimos tenham apresentado maior percentual na escola pública. O uso de condom na primeira relação foi mais referido pelos adolescentes da escola privada, que também melhor conheciam os passos de colocação, embora os de escola pública tenham sempre se referido ao uso. Os professores da escola pública orientam menos do que os de escola privada. Os motivos para o uso e o não uso do condom foram similares os dois grupos. As especificidades identificadas nos campos sexual e reprodutivo desses grupos merecem ser seguidas de maneira particular.

Palavras chave: Saúde do Adolescente; Gravidez na Adolescência; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

This study aims to identify the socio-economic and the gynecologic-obstetric profile of teenagers from public and private schools of Fortaleza. It also aims to detect the use of condom and the reasons whether to use it or not, to verify the importance of early pregnancy prevention and to verify the knowledge about STD/HIV. The sample was composed by 347 teenagers from public schools and by 209 teens from private schools of Fortaleza-CE. Data were collected using a questionnaire, and were organized in the SPSS 13.0 program. Chi-squared (χ^2) test and *Odds Ratio* (OR) measure were used to perform statistical analysis. There was no statistical association between being a teenager from either a public or a private school and having an active sexual life, having children, early sexual beginning and multiplicity of partners, although the last two items were more frequent in public schools. Use of condom in the first sexual relation was more frequently referred by teenagers from private schools, who also knew better how to use it. On the other hand, teenagers from public schools reported a more continuous use. Teachers from public schools give less advice than those from private ones. The reasons to use a condom or not were similar in both groups. We conclude that particularities in reproductive and sexual health in these groups should be carefully followed.

Key words: Adolescent Health; Pregnancy in Adolescence; Sexually Transmitted Diseases.

RESUMEN

Estudio que busca identificar el perfil socioeconómico y ginecológico - obstétrico de los adolescentes; detectar el uso del preservativo y motivos para usarlo o no; investigar la importancia de la prevención precoz del embarazo; verificar el conocimiento sobre ETS/VIH. Participaron 347 adolescentes de escuelas públicas y 209 de escuelas particulares de Fortaleza-CE. Los datos fueron recogidos en un cuestionario, organizados en el SPSS, versión 13.0. Fueron aplicadas pruebas estadísticas de Chi-cuadrado y de las probabilidades de la medida *Odds Ratio* (OR). No se encontró asociación estadística entre el ser adolescente de la escuela pública y de la particular y de tener vida sexual, hijos, iniciación sexual precoz y múltiples compañeros, aunque el porcentaje de los dos últimos fue superior en las escuelas públicas. Los adolescentes de las escuelas particulares relataron con más frecuencia haber usado preservativo en la primera relación sexual y saber cómo colocarlo; sin embargo, los de las escuelas públicas mencionaron más que los usaban siempre. Los profesores de las escuelas públicas orientan menos a los alumnos que los de las particulares. Las razones para utilizar o no el preservativo fueron similares en ambos grupos. Las especificidades identificadas en el campo sexual y reproductivo de estos dos grupos merecen ser seguidas con mucha atención.

Palabras clave: Salud del Adolescente; Embarazo en Adolescencia; Enfermedades de Transmisión Sexual.

* Estudo apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob a forma de Bolsa de Iniciação Científica. Universidade Federal do Ceará.

[1] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Líder do grupo de pesquisa: "Enfermagem na promoção da saúde sexual e reprodutiva". Pesquisadora CNPq. E-mail:escolpaz@yahoo.com.br.

[2] Enfermeira no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Ex-bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/CNPQ/UFC). E-mail:carolinanafe@yahoo.com.br.

[3] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP. E-mail:daniellere@bol.com.br. Endereço para correspondência: Escolástica Rejane Ferreira Moura: Av. Filomeno Gomes, 80. Apto. 401. Ed. Carajás. Jacarecanga. Fortaleza-CE. 60010-280. (85) 3238 0604.

REME v13 n2.pmd 266 15/1/2010, 16:46

INTRODUÇÃO

No Brasil, a taxa de gravidez na adolescência é estimada em 20% a 25% do total das gestações, o que corresponde a uma adolescente grávida para cada cinco gestantes.[1] A incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a soropositividade para o HIV nessa faixa etária também é elevada. A população brasileira entre 15 e 49 anos, em 2000, teve uma proporção de indivíduos infectados pelo HIV avaliada em torno de 6,5/1.000, sendo 4,7/1.000 para as mulheres e 8,4/1.000 entre os homens.[2]

No País, o número de casos de Aids em indivíduos do sexo masculino entre 13 e 19 anos de 1980 a 2003 foi de 4.007 (1,8%) casos e do sexo feminino, na mesma faixa etária, foi de 2.559 (2,9%) casos.[3] Esses dados representam um sério problema de saúde pública, pois, se medidas não forem tomadas, a Aids acometerá populações cada vez mais jovens.

Em geral, a primeira relação sexual entre adolescentes não é planejada, indiferentemente para homens e mulheres. Ela ocorre, na maioria das vezes, no domicílio, muitas vezes com pressa, para não serem surpreendidos pelos familiares, além de terem de lidar com emoções e preocupações que permeiam o início da vida sexual.[4] Esse contexto contribui para que o preservativo esteja ausente nas primeiras relações sexuais, mesmo sendo o meio para se proteger da gravidez não planejada, das DSTs/HIV e de vivenciar sua experiência sexual de maneira saudável e responsável.

As consequências de uma gravidez precoce e não planejada poderão modificar significativamente a vida do casal adolescente e, principalmente, da adolescente. O abandono escolar, o comprometimento do próprio desenvolvimento, a responsabilidade para com o filho, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e maiores chances de gravidez de alto risco são as principais.

Em estudo longitudinal realizado com 39 adolescentes, identificou-se que 50% iniciaram vida sexual entre 11 e 14 anos, tornando-se vulneráveis às DSTs/HIV e à gravidez precoce, uma vez que estavam desinformados sobre sexo seguro. A vulnerabilidade dessa população compromete a saúde sexual e reprodutiva, pois parte inicia o relacionamento sexual sem preservativo, permanecendo com o comportamento sexual de risco.[5] No mesmo estudo, identificou-se a família como fonte de informação de 17 (57%) desses adolescentes, seguida pelos amigos/vizinhos com 16 (53%) e professores, com 15 (50%). Em pesquisa nacional envolvendo 5.280 adolescentes entre 12 e 17 anos, dados semelhantes foram encontrados, ou seja, a família concentrou 54% das respostas dos adolescentes, 46% de amigos e 48% da escola.[6]

Educadores, profissionais de saúde e pais deixam de perceber, com frequência, a magnitude da informação honesta e esclarecedora para esse grupo populacional. Alguns se sentem constrangidos em dialogar sobre sexualidade, negando ao adolescente elementos para fazerem suas escolhas sexuais e reprodutivas com base em informações contextualizadas.[7]

Em face do exposto e considerando que a escola tem importante papel na formação do adolescente, pois é o local onde este passa boa parte do seu dia, e sendo esta corresponsável pela educação sexual dessa população,[8] decidiu-se pela realização desta pesquisa, cujos objetivos foram identificar o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de adolescentes de escolas pública e privada, detectar o percentual de adolescentes que usam o preservativo masculino, a regularidade do uso e motivos que os levam a usar e a não usar o método, averiguar a importância dada por esses adolescentes à prevenção da gravidez precoce, e verificar conhecimento e condutas de adolescentes de escola pública e privada diante das DSTs/HIV.

MATERIAIS E MÉTODO

Este é um estudo transversal, do tipo levantamento,[9] realizado em uma escola de ensino médio da rede pública estadual e em uma escola de ensino médio da rede privada, ambas situadas na Região Metropolitana de Fortaleza-CE. Participaram da pesquisa adolescentes entre 16 e 19 anos. A amostra foi definida com base no número de adolescentes matriculados na respectiva faixa etária, utilizando a fórmula de cálculo amostral para população finita, considerando um nível de confiança de 95% e um erro máximo permitido de 5%. Na escola pública, a população correspondeu a 2.617 adolescentes, sendo definida uma amostra de 347 adolescentes, na escola privada a população foi de 425 adolescentes, sendo definida uma amostra de 209 adolescentes.

Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2006 na escola pública e no período de março a abril de 2007, na escola privada. Um questionário estruturado foi aplicado em sala de aula sob a supervisão de uma das pesquisadoras, aspecto planejado com a direção de cada escola.

Cada adolescente recebeu um questionário e, sob a leitura e orientação coletiva da pesquisadora, registrava as respostas quesito a quesito. Essa técnica facilitou a coleta dos dados de forma abrangente e reduziu a omissão de respostas em determinados itens, bem como interpretações dúbias sobre as questões apresentadas. Nenhum questionário foi eliminado.

As turmas foram selecionadas de acordo com a disponibilidade e aceitação do professor, uma vez que a depender da evolução da disciplina, este autorizava ou não a aplicação do instrumento de coletas de dados. Merece destacar que esse contexto e a aceitação de uma escola privada para cenário do estudo foram obstáculos encontrados pelas pesquisadoras.

Os dados foram organizados no Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 13.0 for Windows. Foram efetuados testes estatísticos com base no qui-quadrado (χ^2) para dependência entre duas variáveis, adotando

REME v13 n2.pmd 267 15/1/2010, 16:46

uma confiabilidade de 95%, e a medida de chance de *Odds Ratio* (OR).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável sob o Protocolo n° 164/06. Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme recomendações da Resolução n° 96/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.[10] Os questionários foram mantidos no anonimato e cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1 – Distribuição do número de adolescentes de escolas pública e privada, segundo o perfil socioeconômico. Fortaleza-CE, 2007

Variáveis	Escola pública N° %		Escola privada N° %		
Idade (anos)	**(n=345)**		**(n=208)**		
16 a 17	235	68,1	67	32,2	
18 a 19	110	31,9	141	67,8	
Sexo	**(n=347)**		**(n=208)**		p=0,018
Masculino	138	39,8	62	29,8	χ^2=5,599
Feminino	209	60,2	146	70,2	OR=1,5
Escolaridade	**(n=337)**		**(n=198)**		
1º – 3º ano do ensino médio	337	100,0	---	---	
Extensivo e intensivo	---	---	198	100,0	
Renda familiar mensal (salário mínimo)	**(n=269)**		**(n=170)**		
Sem rendimento e até 1/2	13	4,8	1	0,6	
1/2 a 1	33	12,7	2	1,2	p=0,000
1 a 2	89	33,1	17	10,0	χ^2=100,119
2 a 3	70	26,0	35	20,6	
3 a 5	50	18,6	70	41,2	
5 a 10	17	6,3	45	26,5	
Ocupação	**(n=347)**		**(n=209)**		
Somente estuda	295	85,0	196	93,8	p=0,001
Trabalha fora de casa	52	15,0	13	6,2	χ^2=9,708
Formal	23	48,9	3	25,0	OR=0,3
Informal	22	46,8	9	75,0	
Outros	2	4,3	---	---	
Religião	**(n=339)**		**(n=201)**		
Católica	213	62,8	148	73,6	p=0,049
Protestante	86	25,4	32	15,9	χ^2=7,854
Espírita	8	2,4	3	1,5	
Não pratica religião	26	7,7	12	6,0	
Outros	6	1,7	6	3,0	

A faixa etária dos adolescentes das escolas pública e privada variou entre 16 e 19 anos, predominando a faixa etária de 16 a 17 anos na escola pública (68,1%) e a faixa etária de 18 a 19 anos na escola privada (67,8%). Essa diferença é justificada pelo fato de, na escola pública, 100% dos alunos entrevistados frequentaram a primeira ou a terceira série do ensino médio e na escola privada 100% dos alunos entrevistados estarem matriculados no intensivo e extensivo, ou seja, graus de ensino cursados após a conclusão do 3º ano de ensino médio e que, portanto, presume-se uma idade mais avançada dos alunos.

Em ambas as escolas predominou a participação de adolescentes do sexo feminino, sendo de fato o público dominante nas turmas pesquisadas. Todavia, foi estatisticamente significante a maior presença de adolescentes femininas na escola privada (p=0,018, OR=1,5).

A renda familiar dos adolescentes variou entre não ter renda aqueles que perfaziam entre cinco a dez salários mínimos, predominando renda familiar mensal de um a dois salários mínimos entre os adolescentes de escola pública – 89 (33,08%), e de três a cinco salários mínimos entre os adolescentes de escola privada – 70 (41,17%), o que caracteriza uma população mais desfavorável economicamente na escola pública. Foi estatisticamente significante ser de escola pública e apresentar baixa renda (p=0,000). Mesmo assim, destacamos que 13 (6,2%) dos

REME v13 n2.pmd 268 15/1/2010, 16:46

adolescentes de escola pública apresentaram renda de cinco a dez salários mínimos.

Ser somente estudante foi privilégio maior dos adolescentes de escola privada – 196 (93,80%), contra 295 (85,1%) dos adolescentes de escola pública. Encontrou-se associação estatística significante entre ser de escola privada (p=0,002, OR=0,3) e ter como ocupação somente os estudos, aspecto que, teoricamente, define maior oportunidade dos adolescentes de escola privada dedicar-se aos estudos.

Adolescentes de escola privada se declararam católicos em (73,6%), superior aos de escola particular (62,8%), os quais se declararam protestantes em 25,4%, desta feita, superior aos de escola privada que se declararam protestantes em apenas 15,9%. Foi estatisticamente significativa a relação entre religião e modalidade de escola (p=0,049), predominando católicos na escola privada.

Em estudo com adolescentes de escolas pública e privada foram encontrados resultados semelhantes: no primeiro grupo, 57,3% se afirmaram católicos e no segundo, 61,0%.[11] Vale destacar que 26 (7,7%) e 18 (9,0%) de adolescentes de escolas pública e privada, respectivamente, se declararam sem prática religiosa, sobre o que se afirma que interfere na formação desses jovens, uma vez que a igreja é instituição de apoio e influenciadora da formação dos adolescentes.[12]

TABELA 2 – Distribuição do número de adolescentes de escola pública e privada, segundo aspectos sexuais e reprodutivos. Fortaleza-CE, 2007

Variáveis	Escola pública Nº %		Escola privada Nº %		
Vida sexual ativa	**(n=341)**		**(n=203)**		p=0,338
Sim	169	49,6	92	45,3	χ^2=0,917
Não	172	50,4	111	54,7	
Idade da iniciação sexual em anos	**(n=152)**		**(n=87)**		
10 a 12	14	9,2	2	2,3	p=0,126
13 a 15	72	47,4	36	41,4	χ^2= 15,176
16 a 19	66	43,4	49	56,3	
Usou preservativo masculino na 1ª. relação	**(n=161)**		**(n=90)**		
Sim	107	66,5	66	73,3	p=0,259
Não	54	33,5	24	26,7	χ^2= 1,273
Tem Filhos	**(n=157)**		**(n=91)**		
Sim (um filho)	5	3,2	2	2,2	(p=0,651)
Não	152	96,8	89	97,8	χ^2=0,205
Número de parceiros durante a pesquisa	**(n=138)**		**(n=72)**		
1	116	84,0	62	86,1	p= 0,789
2 a 3	15	10,9	8	11,1	χ^2= 4,704
4 ou mais	7	5,1	2	2,8	
Parceiro fixo	**(n=161)**		**(n=91)**		
Sim	118	73,3	63	69,2	p=0,491
Não	43	26,7	28	30,8	χ^2 = 0,474
Tempo de relacionamento	**(n=143)**		**(n=70)**		
Até 6 meses	52	36,4	18	25,7	
Mais de 6 meses a 1 ano	37	25,9	22	31,4	(p=0,159)
Mais de 1 ano a 2 anos	35	24,5	14	20,0	χ^2= 5,174
Acima de 2 anos	19	13,3	16	22,9	
Tipo de relacionamento	**(n=255)**		**(n=176)**		
Namorando	131	51,4	77	43,8	(p=0,002)
Sem relacionamento	91	35,7	91	51,6	χ^2=17,147
Ficando	22	8,6	7	4,0	
União estável	11	4,3	1	0,6	

REME v13 n2.pmd 269 15/1/2010, 16:46

Ser estudante de escola pública ou privada não foi significante para ter vida sexual ativa (p=0,338), ter iniciação sexual precoce (p=0,126), ter usado preservativo na primeira relação sexual (p=0,259), ter filhos (p=0,651), ter múltiplos parceiros (p=0,789), ter parceiro fixo (p=0,491) e tempo de relacionamento (p=0,159). Mesmo assim, a iniciação sexual de 10 a 12 anos foi maior entre os adolescentes de escola pública, ou seja, 14 (9,2%), quando na escola privada foi de 2 (2,3%).

Quanto ao uso do preservativo masculino na primeira relação sexual, os adolescentes de escola privada superaram os de escola pública em 6,8%. Também chamamos a atenção para a vulnerabilidade decorrente da multiplicidade de parceiros entre os adolescentes de escola pública, que apresentaram porcentagem superior à da escola privada.

Tipo de relacionamento como estar namorando, sem relacionamento, ficando, ou em união estável apresentou associação estatística significante entre ser adolescente de escola pública e privada (p=0,002). Os adolescentes de escola pública se relacionam do tipo "ficar" mais que os adolescentes de escola privada e estabelecem união estável também maior.

TABELA 3 – Distribuição do número de adolescentes de escolas pública e privada quanto ao uso de preservativo masculino e sua regularidade e importância atribuída à prevenção da gravidez precoce. Fortaleza-CE, 2007

	Escola pública		Escola privada		
Variáveis	**Nº %**		**Nº %**		
Quanto ao uso de preservativo masculino e sua regularidade					
Uso de durante o estudo	**(n=169)**		**(n=90)**		
Sim	136	80,5	76	84,4	(p=0,430)
Não	33	19,5	14	15,6	χ^2=0,623
Regularidade de uso	**(n=137)**		**(n=75)**		
Sempre	96	70,1	49	65,3	(p=0,478)
Às vezes	41	29,9	26	34,7	χ^2=0,504
Segundo a importância atribuída à prevenção da gravidez precoce					
	(n=339)		**(n=204)**		
Muito importante	318	93,8	199	97,5	(p=0,097)
Importante	17	5	5	2,5	χ^2=4,661
Pouco importante	4	1,2	---	---	

A prática atual do preservativo e a regularidade no uso não apresentaram associação estatística em ser os adolescentes de escola pública ou privada (p=0,430 e p=0,478, respectivamente). Vale destacar, porém, que o percentual de adolescentes de escola privada que declarou usar o preservativo foi maior do que o da escola pública em 4%. Já com relação ao hábito de usar o preservativo, "sempre" foi maior entre os adolescentes de escola pública em torno de 5%.

Estudando a adesão de adolescentes ao uso do preservativo masculino, encontrou-se que 56% utilizavam o método, sendo que 42% usavam "sempre" e 16% usavam às vezes[13], resultados, portanto, inferiores aos encontrados nesta pesquisa, o que poderá ser justificado pelo ano de realização do referido estudo, bem como a características socioeconômicas e culturais outras, do grupo pelas autoras investigado no estudo comparado.

Apesar da inexistência de associação estatística significativa entre ser adolescente de escola pública e privada e atribuir maior ou menor importância à prevenção da gravidez precoce (p=0,097), 97,5% dos adolescentes de escola privada avaliaram como muito importante e nenhum avaliou como pouco importante, tendo este último aspecto sido afirmado por 4 (1,2%) dos adolescentes de escola pública. Destaca-se, pois, que perceber algo como muito importante é favorável a uma tomada de decisão coerente, o que, no campo da prevenção da gravidez na adolescência, poderá suscitar o seu adiamento.

REME v13 n2.pmd 270 15/1/2010, 16:46

TABELA 4 – Distribuição do número de adolescentes de escolas pública e privada quanto aos motivos que os levam a usar e a não usar o preservativo masculino. Fortaleza-CE, 2007

Variáveis	Escola pública N° %		Escola privada N° %		
Motivos para usar preservativo masculino	**(n=134)**		**(n=73)**		
Dupla proteção	114	85,1	64	87,7	
Hábito de uso desenvolvido	16	11,9	7	9,6	
Confortável	6	4,5	1	1,4	
Gosta de usar	6	4,5	---	---	
Aceitação do parceiro	4	3,0	4	5,5	
Motivos para não usar preservativo masculino	**(n=26)**		**(n=10)**		
Interfere no prazer	9	34,6	3	30,0	
Incomoda	6	23,1	5	50,0	
Arde, esquenta	4	15,4	3	30,0	
Não quer usar	4	15,4	1	10,0	
Outros	4	15,4	4	40,0	
Conhece a sequência de colocação do preservativo	**(n=322)**		**(n=188)**		
Sim	221	68,6	139	73,9	(p=0,205)
Não	101	31,4	49	26,1	χ^2=1,608

No geral, os motivos apontados pelos adolescentes de escolas pública e privada para usar e não usar o preservativo masculino foi similar. Como motivo para usar, destacou-se a dupla proteção; como motivo para o não uso, preponderou o fato de interferir no prazer. Todavia, 4,5% dos adolescentes de escola pública apresentaram o conforto proporcionado pelo preservativo e gostar do método como motivos de uso significativos, o que foi apontado por apenas 1(1,4%) e nenhum dos adolescentes de escola privada, respectivamente. Entre os adolescentes que não usavam o preservativo, interferir no prazer, incomodar e sentir ardor ou calor foram os principais motivos apresentados pelos grupos de escolas pública e privada, razões também encontradas por outros autores.[5,14]

Conhecer os passos sequenciados de colocação do preservativo foi reconhecido por 68,6% e 73,9% dos adolescentes de escolas pública e privada, respectivamente, inexistindo associação estatística significativa (p=0,205).

TABELA 5 – Distribuição do número de adolescentes de escolas pública e privada, segundo histórico, conduta e conhecimento sobre DST/HIV. Fortaleza-CE, 2007

Variáveis	Escola pública N° %		Escola privada N° %		
História de sinais ou sintomas de DST	**(n=339)**		**(n=207)**		
Não	326	96,2	197	95,2	(p=0,574)
Sim	13	3,8	10	4,8	χ^2=0,316
Condutas diante dos sinais ou sintomas de DST	**(n=337)**		**(n=205)**		
Serviço de saúde	321	95,3	193	94,1	
Amigos ou familiares	35	10,4	26	12,7	
Farmácia	3	0,9	2	1,0	
Tratar-se sozinho	---	---	3	1,5	
Condutas diante do parceiro apresentando (o adolescente) sinais ou sintomas de DST	**(n=330)**		**(n=204)**		
Certifica-se da presença de sinais e sintomas	295	89,4	188	92,2	
Orienta a procurar serviço de saúde	21	6,7	9	4,4	
Abandona o parceiro	18	5,5	6	2,9	
Omite o problema	3	0,9	3	1,5	
Outros	11	3,3	7	3,4	

Continua na página 272.

REME v13 n2.pmd 271 15/1/2010, 16:46

Continuação da página 271.

Variáveis	Escola pública N° %		Escola privada N° %	
DST conhecidas	**(n=347)**		**(n=207)**	
HIV/Aids	333	96,0	191	92,3
Gonorreia	307	88,5	183	88,4
Herpes	269	77,5	168	81,2
Cancro mole	217	62,5	78	37,7
Hepatite B	207	59,7	133	64,3
Hepatite C	183	52,7	103	49,7
Sífilis	146	42,1	141	68,1
Candidíase	114	32,9	72	34,8
Papiloma Vírus Humano (HPV)	103	29,7	120	58,0
Vaginose bacteriana	60	17,3	36	17,4
Outros	52	15,0	28	13,5
Fonte de informação sobre DST	**(n=333)**		**(n=205)**	
Professores	199	59,8	175	85,4
Pessoa da família	102	30,6	41	20,0
Amiga/Vizinha	87	26,1	36	17,6
Médico ou enfermeira	76	22,8	50	24,4
Auxiliar de enfermagem ou agente de saúde	45	13,5	9	4,4
Livros, revistas e folhetos	36	10,8	16	7,8
Palestras,TV e internet	24	7,2	16	7,8

História anterior de sinais e sintomas de DST foi negada pela maioria dos adolescentes de escolas pública – 326 (96,2%) – e privada – 197 (95,2%) –, não sendo estatisticamente significativo ser de escola pública e privada e ter história de sinais e sintomas de DST (p=0,574). Diante dos sinais e sintomas das respectivas doenças, 321 (95,3%) adolescentes de escola pública e 193(94,2%) de escola privada referiram que teriam a atitude de procurar o serviço de saúde, o que é positivo ao diagnóstico precoce do agravo, conduzindo ao tratamento e à cura mais rapidamente.

Apesar da escassez de serviços de DST, que gera dificuldade de acesso por parte dos usuários, os quais, por sua vez, procuram a farmácia para resolver suas queixas, para esse grupo de adolescentes a tomada de decisão pareceu inovadora e mais pertinente a uma população esclarecida que busca os serviços de saúde para resolver suas demandas no referido campo. Procurar a farmácia expõe o paciente, muitas vezes, ao risco de um tratamento inadequado, levando-o a uma cura aparente, em que a doença poderá progredir para estágios mais avançados, comprometendo sobremaneira a saúde do indivíduo.

Com relação à atitude a ser adotada com o(a) parceiro(a) sexual mediante a suspeição de uma DST, 295 (89,4%) adolescentes de escola pública e 188 (92,2) de escola privada referiram certificar-se da presença de sinal ou sintoma no(a) respectivo(a) companheiro(a), o que é prudente, e 3 (0,9%) adolescentes de escola pública e 3 (1,5%) de escola privada referiram omitir o problema, o que é desaconselhado. Omitir ao(à) parceiro(a) a DST caracteriza um comportamento inadequado, pois tal omissão permitirá que outras pessoas sejam contaminadas, caso o parceiro tenha relações sexuais com terceiros, bem como poderá reinfectar o(a) parceiro(a) primário(a) com novas relações sexuais.

O HIV/Aids foi a DST mais citada pelos adolescentes de escolas pública e privada, ou seja, foi referida e, portanto, do conhecimento de 333 (96,0%) adolescentes de escola pública e 191(92,3%) adolescentes de escola privada, seguida da gonorreia e do herpes genital.

Para os adolescentes de escola pública e privada, as principais fontes de obtenção de informações sobre DST foram, em ordem decrescente, professores, familiares e amigos/vizinhos. Porém, os professores representaram fonte de informação para 175 (85,4%) dos adolescentes de escola privada e para somente 199 (59,8%) dos adolescentes de escola pública, quer dizer, os professores de escola pública estão informando menos sobre o assunto. Já a família e amigos/vizinhos foram as principais fontes de informações dos adolescentes de escola pública.

CONCLUSÃO

Apesar da associação estatística entre ser de escola pública e ter baixa renda (p=0,000), questionamos sobre os 13 (6,2%) dos adolescentes com renda de cinco a dez salários mínimos e que estavam nesse mesmo cenário educacional, no sentido de instigar estudos futuros: seria a credibilidade dessas famílias na escola pública, já que possuem uma renda compatível a

REME v13 n2.pmd 272 15/1/2010, 16:46

oferecer uma escola particular aos filhos? Ou seria o baixo valor dado por essas famílias à educação de seus adolescentes? Ou, ainda, seria opção dos próprios adolescentes por maior facilidade de aprovação na escola pública?

Adolescentes de escolas pública e privada apresentaram características como ter vida sexual ativa, filhos, iniciação sexual precoce e multiplicidade de parceiros semelhantes, embora esses dois últimos tenham apresentado maior percentual na escola pública. O uso de condom na primeira relação foi mais referido pelos adolescentes da escola privada, que também melhor conheciam os passos de colocação, embora os de escola pública tenham referido usá-lo sempre. Os motivos para uso e o não uso do condom foram similares nos dois grupos.

Mais de 95% dos adolescentes de escola pública e de escola privada não afirmaram passado de DST e mais de 89% dos dois grupos afirmaram que, uma vez apresentando sinais e sintomas de DST, compartilhariam tal situação com o(a) parceiro(a), na perspectiva do cuidado do outro, o que constitui atitude favorável à quebra da cadeia de transmissão das DST.

Os adolescentes de escola privada afirmaram como fonte de obtenção de informação sobre DST a própria escola, enquanto para os adolescentes de escola pública a principal fonte foi a família e amigos/vizinhos. A esse respeito, elaboramos algumas indagações que poderão nortear pesquisas subsequentes: Estariam às famílias, amigos/vizinhos de escola pública dialogando mais com seus adolescentes? Estariam esses grupos mais presentes com os adolescentes de escola pública? Os adolescentes de escola privada estariam dialogando menos com os pais e amigos/vizinhos?

REFERÊNCIAS

1. Santos Júnior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Schor N, Mota MST, Castelo Branco V. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p.223-229.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa do numero de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. [Citado em 2006 mai. 14]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/main.asp?

3. Brasil. Ministério da Saúde. Casos de aids em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003. [Citado em 2006 mar 18]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/boletim_dezembro_2003/.

4. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saúde Pública 2005; 21(2):499-507.

5. Souza CBJ, Moura ERF. Uso do preservativo masculino por adolescentes. Relatório final de iniciação científica. Fortaleza: PIBIC/FUNCAP/UFC; 2006.

6. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A voz dos adolescentes. 2002. [Citado em 2007 jun 6]. Disponível em: http://www.unicef.org.br/.

7. Guimarães AMDN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(3):293-8.

8. Moraes LMP, Braga VAB. Trabalhando a orientação sexual com alunos do ensino fundamental: atuação da Enfermagem. Rev RENE. 2001; 2(2):67-71.

9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.

11. Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(2):315-23.

12. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Auto percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6):670-7.

13. Silva CV, Brêtas JRS, Ferreira D, Correia DS, Cintra CC. Uso da camisinha por adolescentes e jovens: avaliação da sequência dos procedimentos. Acta Paul Enferm. 2004; 17(4):392-9.

14. Feliciano KVO. Prevenção da aids entre os jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil [periódico on-line] 5:(4), 2005 [Citado em 2007 jun 6]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400006&lng=pt&nrm=iso.

Data de submissão: 20/8/2008
Data de aprovação: 15/7/2009

REME v13 n2.pmd 273 15/1/2010, 16:46

EDUCAÇÃO EM SAÚDE – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE 2005 A 2007*

HEALTHCARE EDUCATION – LITERATURE REVIEW FROM 2005 TO 2007

EDUCACIÓN EN SALUD – REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE 2005 A 2007

Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira[1]
Jairo Aparecido Ayres[1]
Ione Correa[2]

RESUMO

Neste estudo, foram analisadas as publicações sobre educação em saúde no período de 2005 a 2007, por meio de categorias preestabelecidas sobre concepção de saúde, o que possibilitou a elaboração das seguintes subtemáticas: autonomia de indivíduos e grupos/educação tradicional, estilo de vida dos indivíduos/condições de vida e de trabalho, riscos comportamentais passíveis de mudança e determinantes sociais positivos. A autonomia foi questionada quando reconhecida uma educação autoritária, impossibilitando as decisões pessoais e influenciando o estilo de vida, com restrição a reflexão dos riscos em relação à saúde. A promoção da saúde se faz necessária ao processo permanente, democrático e coletivo com impacto na saúde e qualidade de vida das pessoas. Reconhece-se que a integralidade na educação em saúde deve ser um princípio assumido pelos profissionais. Articular as atividades educativas aos saberes da sociedade é ação essencial para uma prática transformadora, que favorece a prevalência dos direitos de cidadania, autonomia e liberdade.

Palavras chaves: Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Ensino.

ABSTRACT

In this study we assessed publications on health education from 2005 to 2007 using pre-established categories concerning the concept of health. We then elaborated the following sub-themes: autonomy of individuals and groups / traditional education, lifestyle of individuals / life and work conditions, behavioral risks subject to change and positive social determinants. Autonomy was questioned whenever an authoritarian education was recognized, since it inhibits personal decision making and alters lifestyle, restricting discussions about health hazards. Health promotion is necessary for a permanent, democratic and collective process that impacts positively on people's health and quality of life. We recognize that integrality in health education must be a principle assumed by professionals. It is essential to articulate educational activities for a transforming practice that favors the prevalence of civil rights, autonomy and freedom.

Key words: Health Education; Health Promotion; Teaching.

RESUMEN

Este estudio analizó publicaciones sobre educación en salud del período comprendido entre los años 2005 y 2007 por medio de categorías preestablecidas sobre la concepción de salud. Ello permitió elaborar los siguientes subtemas: autonomía de individuos y grupos/educación tradicional, estilo de vida de los individuos/condiciones de vida y de trabajo, riesgos comportamentales factibles de cambio y determinantes sociales positivos. La autonomía fue cuestionada al observarse que la educación era autoritaria, que no permitía decisiones personales, influía en el estilo de vida y restringía reflexionar sobre los riesgos relacionados con la salud. La promoción de la salud es necesaria para un proceso permanente, democrático y colectivo con impacto en la salud y calidad de vida de las personas. Se reconoce que la integralidad en la educación en salud debe ser un principio asumido por los profesionales. Articular las actividades educativas a los saberes de la sociedad es una acción esencial para una práctica transformadora, que favorece la prevalencia de los derechos de ciudadanía, autonomía y libertad.

Palabras clave: Educación en Salud; Promoción de la Salud; Enseñanza.

* Trabalho apresentado no Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero Americano y de países de língua oficial portuguesa – Coimbra, Portugal – com o apoio financeiro da FAPESP.

[1] Prof. Ass. Dr. responsável pela disciplina de Educação em Saúde do Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu.
[2] Prof. Ass. Dr. da disciplina de Enfermagem Pediátrica da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP).
Endereço para correspondência: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira: Rua João de Oliveira, 440, Jardim Paraíso II, CEP: 18610-010. E-mail: malusa@fmb.unesp.br.

REME v13 n2.pmd 275 15/1/2010, 16:46

INTRODUÇÃO

A busca de condições adequadas de vida e saúde tem sido um anseio e uma luta de povos por todo o mundo. Dessa forma, tem sido revisto paradigma da educação com base flexneriana visando ao atendimento das necessidades de saúde de grande parte da população.[1] Na prática, os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, têm marcado sua atuação nas atividades educativas e demonstra a preocupação de praticar ações de saúde com eficiência.

Mas mesmo com a preocupação em realizar a educação em saúde, visando a um cuidado adequado, prevenção de doenças e boa qualidade de vida, as práticas educativas muitas vezes não conseguem gerar transformações que causem impacto no modo de vida da população.

Por esse motivo, reconhece-se essa transformação em busca do desenvolvimento da consciência crítica para a solução de problemas com a participação efetiva das pessoas.[2]

Assim, a educação em saúde deve ser entendida como um componente e um recurso a ser utilizado como estratégia no âmbito da promoção da saúde para melhor qualidade de vida.[2] A definição da melhoria da qualidade de vida ganhou mais visibilidade após a carta de Otawa, resultante de um conjunto de fatores, dentre eles os sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e também biológicos.[3]

A concepção da promoção de saúde está relacionada à qualidade de vida, pelas ações voltadas para o coletivo e o ambiente, contemplando a autonomia de indivíduos, grupos e capacitando-os para a vida e a equidade.[4]

Por essas reflexões, neste estudo procurou-se evidenciar as principais características das pesquisas sobre a ação educativa, mediante o levantamento bibliográfico sistematizado, tendo a seguinte questão norteadora: Como tem sido a produção científica a respeito dos processos de educação em saúde? Tais processos se referem aos critérios metodológicos em relação às concepções de promoção da saúde e aos determinantes sociais positivos. Buscando responder a tal questionamento, contemplou-se no estudo o seguinte objetivo: analisar a produção científica sobre a prática de educação em saúde, destacando o caráter do processo educativo a respeito das características emancipatórias ou normativas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para viabilizar este estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que culminou com a busca de artigos relacionados à temática educação em saúde a serem discutidos na disciplina de educação em saúde do curso de pós-graduação, mestrado profissional em enfermagem. O período de 2005 a 2007 surgiu do interesse de obter referências recentes sobre o assunto. Resultou em 58 publicações, focando a temática, das quais 8 foram excluídas por não contemplar o processo de educação em saúde, por serem produzidas em língua estrangeira, mesmo sendo artigo produzido no Brasil, livros, teses e conferências pela dificuldade de acesso em um curto tempo e pelo interesse em analisar a produção nacional referente à temática. A consulta foi realizada na base de dados da Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LILACS) e da Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), e como descritores utilizou-se educação em saúde.

Os dados deste estudo foram submetidos à análise de conteúdo,[5] para identificar relevantes significados e temáticas com abordagens em relação à educação em saúde. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação das comunicações caracterizada por procedimentos sistêmicos objetivando descrever o conteúdo das mensagens, compreender-lhes o discurso aprofundar-se em seus conteúdos e extrair-lhes os aspectos mais importantes.[6,7]

A análise temática mostrou-se pertinente, uma vez que tem por objetivo estudar tendências, valores, crenças e conteúdos em destaque sobre temas específicos que, neste estudo, referem-se à educação em saúde.

Os artigos foram caracterizados:

– por ano de publicação (2005 a 2007) e periódicos (TAB. 1, 2);

– pelo eixo de caracterização temática de acordo com a abordagem dos processos educativos (normativa e emancipatória) (TAB. 3).

Após a análise do conteúdo das publicações, estas foram classificadas segundo a perspectiva do enfoque educativo em que foram desenvolvidas, se normativa ou emancipatória. O critério adotado para a classificação e a distribuição, nesses dois enfoques, foi a compreensão dos autores na análise dos artigos segundo a definição das perspectivas. Assim, a normativa é compreendida como aquela focada na doença, restringindo-se nas orientações que buscam mudanças de comportamento para a cura ou prevenção da enfermidade. O enfoque educativo baseia-se na quantificação de conhecimento apreendido pelas pessoas e a responsabilização por esse conhecimento. Essa perspectiva segue as orientações pedagógicas do ensino tradicional. Já a perspectiva emancipatória é aquela pautada pelo diálogo participativo, pela interdisciplinaridade e pela transdisciplinaridade, pela crítica e pela desalienação, considerando a saúde/doença como um processo social, tendo como orientação pedagógica o ensino inovador.

O caráter do processo educativo dos trabalhos foi analisado de acordo com a compreensão de promoção e concepção de saúde. Com base nessa análise, foram identificados quais trabalhos indicavam a necessidade da modificação das práticas educativas tradicionais, abordagem do reconhecimento das necessidades de saúde, compreensão do processo saúde-doença, educação em saúde como práticas sociais articuladas e relação vertical e impositiva das atividades de educação em saúde.

REME v13 n2.pmd 276 15/1/2010, 16:46

As subtemáticas autonomia dos indivíduos e grupos/ educação tradicional, estilo de vida/ condições de vida e de trabalho, riscos comportamentais passíveis de mudança e determinantes sociais positivos foram estruturadas segundo as categorias pré-elaboradas sobre concepção da saúde, de acordo com Tarlov [8] e Carvalho et al.[9]:

1. saúde como produto para a qualidade de vida: a ênfase das ações são voltadas para o coletivo e o ambiente (físico, social, político, econômico, cultural), contemplando a "autonomia" de indivíduos e grupos (capacidade para viver a vida) e a equidade;[8]

2. saúde como produto de comportamentos de indivíduos e famílias: a ênfase em programas educativos relacionados a riscos comportamentais passíveis de mudança. (Estilos de vida, dieta, atividade física, hábito de fumar);[9]

Saúde como produto social – A ênfase nas condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou "as características sociais dentro das quais a vida transcorre".[8]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I – Produção nacional sobre a temática educação em saúde no triênio 2005-2007

A TAB. 1 apresenta um pequeno aumento, cerca de 10%, da produção científica sobre a temática educação em saúde, considerando os anos de 2005 a 2007.

TABELA 1 – Distribuição do número de publicações científicas, segundo o ano de publicação

Ano de publicação	Nº	%
2005	15	30,0
2006	15	30,0
2007	20	40,0
Total	50	100,0

A assistência médica no Brasil sofreu profundas modificações com a implantação do SUS e como consequências o surgimento de novos programas, reforçando a necessidade cada vez maior da promoção à saúde. A produção científica fica ainda muito distante dessa ideologia diante do resultado apresentado.

TABELA 2 – Distribuição do número de artigos brasileiros sobre educação em saúde publicados e os respectivos periódicos, no período de 2005-2007

Periódico	Nº	%
Texto & Contexto Enfermagem	12	24,0
Ciência & Saúde Coletiva	08	16,0
Interface – Comunicação, Saúde, Educação	06	12,0
Revista Gaúcha Enfermagem	04	8,0
Cadernos de Saúde Pública	04	8,0
Revista Latino-Americana de Enfermagem	03	6,0
Revista Brasileira de Enfermagem	02	4,0
Revista Eletrônica de Enfermagem	01	2,0
Cogitare Enfermagem	01	2,0
Acta Paulista de Enfermagem	01	2,0
Mundo Saúde	01	2,0
Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	01	2,0
ACM Arquivo Catarinense de Medicina	01	2,0
Jornal Brasileiro de Pneumologia	01	2,0
Saúde e Sociedade	01	2,0
Revista da AMRIGS	01	2,0
Revista Brasileira de Educação Médica	01	2,0
Divulgação Saúde Debate	01	2,0
Total	50	100,0

A enfermagem é uma área do conhecimento que abrange atividades relacionadas com o cuidar, gerenciar e educar, exercendo sua prática profissional em diferentes cenários. Dessa maneira, o horizonte da enfermagem não se restringe somente a sujeitos em situação de doença; a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde.[10]

No contexto da educação em saúde, o enfermeiro deve assistir o paciente e seu cuidador por meio de ações educativas. Esses aspectos foram enfatizados em 49,0% dos artigos publicados em periódicos de enfermagem.

REME v13 n2.pmd 277 15/1/2010, 16:46

II – Enfoque educativo das publicações nacionais segundo a perspectiva normativa ou emancipatória

TABELA 3 – Caracterização dos artigos referentes ao período de 2005 a 2007, segundo o enfoque educativo

Enfoque educativo	Nº	%
Perspectiva normativa	20	40,0
Perspectiva emancipatória	30	60,0
Total	50	100,0

Percebe-se que, no período estudado, houve uma incidência maior de publicações na revista *Texto & Contexto Enfermagem* e posteriormente, em menor porcentagem, pela *Ciência & Saúde Coletiva*, *Interface*, *Revista Gaúcha de Enfermagem* e *Cadernos de Saúde Pública*.

Por essa análise, verificou-se que há uma tendência no aumento de estudos científicos com foco na perspectiva emancipatória, evidenciando reflexões teóricas e metodológicas das ações de educação em saúde que refletem uma mudança da perspectiva normativa, embora ainda seja incipiente com enfoque no modelo preventivo, centrado na prevenção de doenças.

A prevenção de doenças utilizando estratégias diretivas e persuasivas é modelo direcionado, principalmente, aos grupos de risco. As estratégias de persuasão, normalmente, são utilizadas para estimular mudanças individuais de comportamento e cujo conceito de saúde é a ausência de doença.[11] Apesar de atualmente a saúde ser reconhecida de forma mais ampla do que simplesmente a ausência de doença, atividades de educação em saúde são direcionadas para a prevenção de doença.

O QUADRO I apresenta a relação das categorias estruturadas segundo as subtemáticas das concepções da promoção de saúde.

QUADRO 1 – Subtemáticas de acordo com as categorias preestabelecidas segundo as concepções da promoção da saúde

Categorias segundo as concepções da promoção da saúde	Subtemáticas
I – Saúde como produto para a qualidade de vida	1. Autonomia dos indivíduos e grupos/educação tradicional
II – Saúde como produto de comportamentos de indivíduos e famílias	1. Estilo de vida dos indivíduos /condições de vida e de trabalho
	2. Riscos comportamentais
III – Saúde como produto social	1. Determinantes sociais positivos

I-1 – Autonomia dos indivíduos e grupos/educação tradicional

Por essas categorias verificou-se uma abordagem histórica das práticas educacionais no modelo tradicional no que se refere à saúde como produto para a qualidade de vida. Desde a década de 1970, a educação em saúde tem sido repensada no sentido de distanciar-se das ações impositivas, características do discurso higienista,[12] mas, na realidade, as atividades de educação em saúde ainda são desenvolvidas de forma coercitiva e normativa.[13] A própria liberdade das pessoas está cerceada por imperativos de origem institucionais e culturais.[14] Embora as ações do campo da saúde estejam fundamentadas em questões éticas que visam ao respeito e à autonomia do sujeito e ao bem-estar, ainda essas ações seguem um modelo tradicional de educação pautada na dominação, tendo, assim, suas ações impositivas.[15]

Por outro lado, com a unicausalidade explica-se que o surgimento das doenças está centrado na culpabilidade do indivíduo diante de situações de risco.[16] Esse modelo culpabilizante de educação leva o profissional a acreditar que seja socialmente investido de autoridade sanitária para realizar as ações de maneira autoritária.[17] Assim, o modelo tradicional centrado no saber profissional revela o distanciamento, que não atende às reais necessidades dos usuários e dificulta as possibilidades de acesso e vínculo aos serviços de saúde, sem participação ativa da população.[18] Portanto, a reformulação de uma assistência centrada no indivíduo é necessária, pois os problemas da atualidade são transversais, globais e planetários, o que implica que as questões de saúde devem envolver a participação.[19]

Qualquer que seja o campo de atuação profissional, deve haver uma visão do coletivo englobando a educação, saúde e bioética.[20] No discurso biologicista, as práticas de educação em saúde se restringem ao individual e acabam sendo impositivas, pois a autonomia confere ao indivíduo a liberdade de escolha: viver ou não de forma saudável.[21] Por isso, em situações em que o tratamento é interrompido por algum motivo, até mesmo pela rebeldia, essa atitude às vezes não investigada reflete o não reconhecimento da autonomia.[22] Por outro lado, a autonomia deve levar o indivíduo a conscientizar-se do próprio cuidado, discernindo entre o que é benéfico e prejudicial à saúde.[23]

Reconhecendo que as práticas de educação em saúde têm sido desenvolvidas de maneira autoritária, estas devem ser reestruturadas com a finalidade de mudanças significativas nesse cenário.[24] Empregando a metodologia inovadora, a experiência mostrou-se satisfatória e motivadora no campo da educação em saúde bucal".[25] Essa metodologia propicia às pessoas buscar, no momento da realização das atividades de educação em saúde, um espaço para refletir, explicitar dúvidas, dificuldades e inseguranças.[26] Ressaltando-se, ainda, sob o ponto de vista pedagógico, que a educação permanente em saúde constitui uma estratégia

REME v13 n2.pmd 278 15/1/2010, 16:46

importante para potencializar mudanças no modelo médico assistencial. Nesse contexto, considera-se a educação permanente, também, como uma ação política fundamental para a transformação do trabalho, gerando espaço para reflexão, despertando o senso crítico para um atuação propositiva, compromissada e tecnicamente competente".[27-29]

As ações educativas que adotam esse modelo priorizam o diálogo como instrumento essencial, considerando o sujeito detentor de um conhecimento com potencial reflexivo e criativo por meio da gestão participativa e democrática.[3] A educação baseada na reflexão, no diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/cliente possibilita que ambos aprendam juntos, por meio de processo emancipatório.[31] Essa emancipação é uma meta que visa compreender a educação com base em seus condicionantes,[32] quando se considera o indivíduo como sujeito histórico e social e capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para seu cuidado, família e coletividade.[33]

A autonomia e a emancipação resultam de um processo inovador por meio de uma metodologia problematizadora e de uma reflexão critica.[34] Nessa perspectiva, acredita-se que está implícito que as práticas de saúde colaboram para a construção e desenvolvimento de hábitos saudáveis e de indivíduos responsáveis pelas escolhas.[35] A prática educativa em saúde é ferramenta importante para o estímulo ao autocuidado. É por meio dessa ferramenta que se busca um viver saudável.[36]

Como promover a livre escolha e, ao mesmo tempo, objetivar o esclarecimento sobre o que constitui uma escolha saudável pela educação? Como aceitar a autonomia das pessoas se não há o entendimento dos motivos que as levam a tomar certas condutas? Muitas vezes, essas condutas passam a configurar-se de forma radical e, assim, o motivo de determinadas escolhas não é compreendido.[21]

Diante dessa constatação, reconhece-se que é preciso ocorrer mudanças nas práticas de saúde, e para isso é preciso mudar o processo de educação na formação dos profissionais de saúde.[37]

Por outro lado, a educação popular colaborou para a autonomia por meio do vínculo estabelecido dos profissionais de saúde com as classes populares, desvencilhando as práticas autoritárias e normatizadoras[38,39] visando a uma atenção integral á saúde com maior controle das pessoas e grupos.[36] Portanto, a conscientização dos profissionais de saúde objetiva desenvolver a dimensão político-social da educação em saúde para efetivar práticas pedagógicas que deem conta de promover efetivamente a autonomia dos sujeitos envolvidos nas atividades educativas.[40]

II-1 Estilo de vida dos indivíduos – condições de vida e de trabalho

Quanto ao estilo de vida dos indivíduos, deve-se considerar que há vários fatores que influenciam o comportamento. Dentre esses fatores, destaca-se a sobrecarga de trabalho. No caso das mulheres que conciliam as atividades com os filhos e as exercidas fora do lar, dificulta-se o processo de educação em saúde – por exemplo, a amamentação.[41]

Ainda com relação ao estilo de vida das pessoas, as formas denominadas como certas ou erradas são de frequentes usos associados a correr ou não correr riscos baseados no domínio ou na ignorância de determinados "saberes".[41] Portanto, o risco para a saúde pode estar associado ao individual. Assim, correr risco, muitas vezes, tem como causa a ignorância, a fraqueza e até mesmo falta de interesse no cuidado de si.[42] Esse fato nos leva a entender que o cuidado deve atender às reais necessidades de uma população para ser produtivo e eficaz, e o diagnóstico das condições de vida é fator relevante.[42] Os hábitos de vida podem ser influenciados para a promoção da saúde e qualidade de vida.[43]

O ato de cuidar do sujeito como indivíduo único e suas necessidades está inserido num contexto sócio-histórico-cultural, portanto, é necessário entender o sujeito no seu próprio mundo. Partindo desse princípio, abrem-se possibilidades para entender o ser humano naquilo que ele tem de singular, viabilizando um cuidado mais bem direcionado para suas demandas.[44]

Os profissionais de saúde, sendo cuidadores, devem aceitar o outro admitindo o pluralismo axiológico e cultural e assisti-lo nas diferentes formas de viver sem rotular, estabelecendo uma relação dialógica e aceitando o diferente sem horror.[19]

Diante dessa concepção de cuidado na saúde e relação cuidador-cuidado é necessário libertar-se do ensino tradicional para incorporar a dimensão educativa emancipatória quando se procura construir o cuidado associado às necessidades das pessoas.[45]

A integralidade do cuidado é o grande desafio apontado nas publicações e situa-se entre a necessidade e a vontade de transcender para o contexto do cliente e as (im)possibilidades de romper com os atuais padrões da prática de saúde, sejam eles de ordem pessoal, sejam da organização do serviço. Muitas vezes, faz-se necessário dispor de um olhar com a perspectiva do usuário para se observar sob um novo prisma um mesmo fato.[46]

Portanto, é fato, cuidado, educação e politicidade representam a tríade na importante relação quando se pretende garantir os direitos das pessoas em situações de agravo de saúde.[47] Nesse cenário, o enfermeiro é um profissional que está diretamente compromissado com as questões educativas para a saúde e do qual resulta a qualidade do cuidado com integralidade.[48]

Assim, é necessário um diagnóstico situacional para atingir o objetivo proposto com aplicabilidade, aceitação e, finalmente, a obtenção de êxito,[49] sem cometer falhas, nessa adequação para compreender a finalidade dos materiais educativos sobre doenças e cuidados básicos de saúde para os indivíduos, familiares e cuidadores.[50]

REME v13 n2.pmd 279 15/1/2010, 16:47

As abordagens interdisciplinares são fundamentais na busca de articulações entre as diversas áreas da saúde para melhor atuar com a população.[51] Nesse sentido, o que se busca é a articulação entre a educação e a saúde considerando a cultura para que se possam diminuir as vulnerabilidades.[52]

Na busca constante no atendimento às reais necessidades dos indivíduos, os profissionais de saúde devem considerar estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais, uma vez que as ações necessárias para a adesão a tratamentos e cuidados em longo prazo estão profundamente imbricadas com a cultura.[14,53]

Quando se considera a diversidade de cultura do cliente, a saúde-doença como processo sociocultural e as experiências dos atores envolvidos, há uma mudança no paradigma do ensino tradicional.[14]

II-2 Riscos comportamentais passíveis de mudança

Os riscos comportamentais passíveis de mudança como categoria de saúde, como produto de comportamentos, estão vinculados às relações que o ser humano tem com o ambiente.

Constata-se que a segurança no ambiente institucional é enfatizada com o objetivo de diminuir os riscos ocupacionais, uma vez que oferece uma base firme de segurança, incluindo a responsabilidade dos trabalhadores, a ação conjunta para proteção da saúde.[54]

Para diminuir os riscos na educação em saúde, adotou-se uma estratégia importante para sensibilização das pessoas, como o trabalho de saúde no trânsito, que contribui para a diminuição dos acidentes envolvendo pedestres, ciclistas e condutores, ou seja, seres humanos",[55] assim como tornar o ambiente de trabalho saudável livre de riscos e de acidentes.[54]

Outra estratégia utilizada para educação em saúde foi atividade em grupo, sendo considerada importante na mudança de comportamento, como forma de rompimento de barreiras que dificultam a adesão ao tratamento, buscando mudanças de conduta por meio da autonomia e emancipação dos sujeitos",[56] e não por meio de uma relação vertical e impositiva.[17]

III-1 Determinantes sociais positivos

A característica de capacitação da promoção da saúde é histórica e emergiu como marco norteador da saúde pública a partir da década de 1970. Desde então, vem evoluindo e consolidando-se como um modelo das ações de saúde. É definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo.[33] Ao longo dessa história, a medicina desempenha papel fundamental na prevenção das doenças e educação em saúde, intervindo sobre as famílias e, em especial, sobre as mulheres.[57]

As estratégias para o envolvimento da coletividade em geral e a família são fundamentais para as ações de promoção de saúde, pois a coletividade é detentora de um saber que não poderá ser descartado, mas aperfeiçoado ou adaptado ao saber científico dos profissionais.[18]

Os modelos explicativos sobre o surgimento das doenças também foram associados à promoção da saúde com a constatação de sobreposição de práticas nas quais se verifica a ascensão de um modelo moderno que surge em resposta ao movimento pela promoção da saúde e a constância do modelo tradicional.[16]

Em prol dessas melhorias das condições de saúde da comunidade, surge a promoção da saúde como proposta diferenciada partindo do individual para o coletivo.[58]

A educação em saúde tem papel fundamental na qualidade de vida, pela capacitação em busca da melhoria das condições de saúde da população, ao acesso às novas informações, com o poder de decisão adotar ou não novos comportamentos diante dos problemas de saúde.[59]

Os programas estruturados de educação em saúde levam a melhorias nas condições de saúde dos indivíduos, tanto no que se refere aos fatores de risco como à adesão ao tratamento instituído.[60] A educação permanente, também, possibilitará ao trabalhador adquirir novos conhecimentos no seu próprio ambiente de trabalho.[61]

A maioria das publicações analisadas traz uma educação em saúde de maneira tradicional, reconhecendo uma educação autoritária nas ações de saúde como resultado desse processo.

Uma vez que a concepção de saúde e de doença do indivíduo é histórica e culturalmente formada, mudar essa concepção requer um (re)aprendizado que necessita somar a história de vida para reconstrução de conceitos sobre saúde.[21]

A educação em saúde é uma prática social e, como tal, deve ser crítica e transformadora da realidade cotidiana, atendendo a todas as classes sociais. Visa à construção de cidadania e à garantia de autonomia e liberdade, princípios que devem permear a formação do indivíduo com o reconhecimento de valores humanos para que estes venham influenciar o estilo de vida.

A educação em/para a saúde é alvo de muitas análises no panorama atual, em razão da necessidade de repensar o conceito, primeiramente de saúde e os que dela suscitam. Desse modo, são elementos correlacionais à doença, processos de cura e prevenção e, mais contemporaneamente, à promoção e à educação em saúde.[16]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Almejando que as ações de educação em saúde sejam realizadas por meio da substituição da abordagem comportamental pela abordagem ampla dos problemas de saúde, cabe aos docentes criar estratégias

REME v13 n2.pmd 280 15/1/2010, 16:47

de ensino aprendizagem nas quais os discentes possam exercitar a autonomia e a liberdade para que criem e aprendam a intervir em diferentes cenários do cuidar.

Acredita-se nessa aquisição dos estudantes, pois a vida lhes reserva um mundo de trabalho diferente daquele vivido por eles na academia, sendo muitas vezes mais exigente, com avanços tecnológicos, impondo novo estilo de vida que nem sempre está voltado para os valores humanos e qualidade de vida.

Na relação dos artigos científicos enfocando a prática de educação em saúde, com ênfase no caráter educativo e suas características, 49,0% desses encontravam-se em periódicos de enfermagem. Uma pequena diferença na predominância da perspectiva emancipatória reflete a possibilidade de mudança no paradigma do ensino tradicional nas questões relacionadas à educação em saúde, evidenciando, assim, a preocupação no atendimento das reais necessidades ligadas à saúde e considerando a autonomia e o estilo de vida das pessoas.

Da mesma forma, evidenciou-se que a promoção da saúde tem sido enfatizada desde a década de 1970, tornando-se uma preocupação constante no sentido de fornecer saúde para melhor qualidade de vida. Partindo desse princípio de que a concepção de saúde e doença tem uma trajetória histórica, isto é, construída de geração em geração, e que acorreram mudanças significativas nesses conceitos ao longo desse período, provocadas pela evolução humana com repercussão no ecossistema, necessita-se de ações educativas transformadoras que visem ao atendimento das pessoas atendendo aos princípios de universalidade, integralidade e equidade, assegurando-lhes os direitos de cidadania, autonomia e liberdade.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque PC, Stotz EM. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface – Comunic Saúde Educ. 2004; 8(15):259-74.

2. Fundação Nacional de Saúde- FUNASA. Estruturação das Atividades de Educação em Saúde no âmbito do SUS; Brasília: FUNASA; 1993.

3. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, nov 1986. [Citado em 2007 jul 30]. Disponível em: www.opas.org.br.

4. Carvalho AI, Bodstein RG, Hartz Z, Matida AH. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(3):521-9.

5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70; 1997. 233p.

6. Minayo DSMC. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2000. 269p.

7. Richardson RJ. Pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.334p.

8. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (editors). Health and social organization. London: Routledge; 1996. p 71-93.

9. Carvalho AL, Bruvanesh S, Spiro RH, Kowalski LP, Shah JP. Câncer of the oral cavitg a comparison betweem institutions in a developing and a developed nation. Head Neck. 2004; 26(1): 31-8.

10. Caldas CP. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2001 maio; 10(2):68-93.

11. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.

12. Alves VSA.Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):39-52.

13. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública 2005; 21(1):200-06.

14. Boebs A E, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2): 307-14.

15. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):315-9.

16. Rosa RB, Maffacciolli R, Nauderer TM, Pedro ENR. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(2):185-92.

17. Besen CB, Souza Netto M, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde Soc. 2007; 16(1):57-68.

18. Queiroz MV, Jorge, MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. Interface - Comunic Saúde Educ. 2006; 10(19):117-30.

19. Falcón S, Gladys, AEL, Betina MHS. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde . Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):343-51.

20. Rosito MMB. Os modos de existir da bioética entre os saberes da saúde e da educação. Mundo Saúde. 2005; 29(3):359-66.

21. Oliveira DL. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(3):423-31.

22. Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Interface – Comunic Saúde Educ. 2006; 10(19):131-47.

23. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 477-86.

24. Cavalcante MTL, Vasconcellos MM. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(3):611-22.

25. Silveira Filho AD, Medeiros IY, Justo CMP, Junqueira SR, Bicudo Pereira IMT, Pelicioni MCF. O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes: relato de experiência. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2005; 15(3):57-68.

26. Schlichting S, Boog MCF, Campos CJG. Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(3):384-90.

REME v13 n2.pmd 281 15/1/2010, 16:47

27. Barreto ICHC, Andrade LOM, Loiola F, Paula JB, Miranda AS, Goya N. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza. Divulg Saúde Debate. 2006; (34):31-46.

28. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(4):975-86.

29. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface- Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):161-77.

30. Rego MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(1):60-70.

31. Vila ACD, Vila VSC. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(6):1177-83.

32. Saupe R, Budó MLD. Pedagogia interdisciplinar: "Educare" (Educação e Cuidado) como objeto fronteiriço em saúde. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):326-33.

33. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(2):335-42.

34. Araújo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(1):117-23.

35. Leonello VM, L'Abbate S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em pedagogia. Interface - Comunic Saúde Educ. 2006; 10(19):149-66.

36. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(2):337-343.

37. Fuerwerker LCM. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde- um campo de saber e de práticas sociais em construção. Rev Bras Educ Med. 2007 jan/abr; 31(1): 3-4.

38. Severo DO, Cunha AP, Da Ros MA. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no Estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):239-45.

39. Frota MA, Albuquerque CM, Linara AG. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):246-53.

40. Chagas MIO, Ximenes LB , Jorge MSB. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007; 60(6):646-50.

41. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6):1335-42.

42. Coelho FMG, Castro TG, Campos FM, Campos MTFS, Priore SE, Franceschini SCC. Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiência em um assentamento de reforma agrária. Vale do Rio Doce (MG). Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):739-47.

43. Maffacciolli R, Lopes MJM. Educação em Saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):439-45.

44. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. . Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):205-11.

45. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):233-8.

46. Silvério MR, Patrício ZM. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(1):239-46.

47. Bellato R, Pereira WR, Maruyama SAT, Oliveira PC. A convergência cuidado-educação-politicidade:um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):334-42.

48. Souza WGA, Pacheco WNS, Martins JJ, Barra DCC, Nascimento ERP. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. ACM Arq Catarin Méd. 2006; 35(4):56-63.

49. Pimenta DN, Leandro A, Schall VT. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(5):1161-71.

50. Diniz D, Guedes C, Trivelino A . Educação para a genética em saúde pública: um estudo de caso sobre a anemia falciforme. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(2):365-72.

51. Sborgia RC, Ruffino-Neto A. Tabagismo, saúde e educação. J Bras Pneumol. 2005; 31(4): 371-2.

52. Lopes RE, Malfitano APS. Ação social e intersetorilidade:relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. Interface - Comunic Saúde Educ. 2006; 10(20): 505-15.

53. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):263-70.

54. Alam MM,Cezar-Vaz MR, Almeida T. Educação ambiental e o conhecimento do trabalhador em saúde sobre situações de risco. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10:39-47.

55. Bova VBR, Wall ML. Educação em saúde no trânsito: uma contribuição da enfermagem. Cogitare Enferm. 2005; 10(1):60-65.

56. Silva JLA, Lopes MJM. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(2): 240-50.

57. Nader SS, Abegg C, Knaut D R. O ensino da prevenção e educação em saúde na área de pediatria do curso de medicina da ULBRA: a percepção dos professores. Rev AMRIGS. 2006; 50(1):31-7.

58. Silva CC, Silva ATMC, Lonsing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Familia – PSF. Rev Eletrônica Enferm. 2006; 8(1):70-4.

59. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):254-62.

60. Chaves E S, Lucio I M L, Araujo T L et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Rev Bras Enferm. 2006; 59(40):543-7.

61. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):287-95.

*As referências bibliográficas a partir do número 12, se referem aos artigos analisados sobre educação em saúde, no período de 2005 a 2007, encontrados por meio do levantamento nas bases de dados: LILACS e SCIELO.

Data de submissão: 24/6/2008
Data de aprovação: 20/8/2009

REME v13 n2.pmd 282 15/1/2010, 16:47

A SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA CIDADANIA

HEALTH CONCEPTIONS UNDER THE PERSPECTIVE OF CITIZENSHIP

LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CIUDADANÍA

Paula Pereira de Figueiredo[1]
Simone Coelho Amestoy[2]
Viviane Marten Milbrath[3]
Marta Regina Cezar-Vaz[4]
Nalú Pereira da Costa Kerber[5]

RESUMO

O objetivo com este texto é realizar um ensaio teórico-reflexivo sobre o conceito ampliado de saúde sob a perspectiva da cidadania, propondo-se responder qual a inter-relação entre ambas e instigar o leitor a (re)pensar criticamente em como a cidadania poderia representar a saúde. Salientam-se questões como a ascensão da autonomia do indivíduo/coletividade por meio da práxis, utilizando-se o *empowerment* como ferramenta para vislumbrar uma consciência crítica e reflexiva de seus direitos como cidadãos. Para alcançar tal objetivo, foram utilizadas algumas ideias propostas por Paulo Freire e Canguilhem, as quais explicitarão o processo de autonomia dos indivíduos/coletividade para a obtenção/manutenção da saúde e a construção de uma "normalidade" social, vista sob a perspectiva de atenção aos direitos e deveres dos cidadãos, numa relação de corresponsabilidade entre o Estado e a população.

Palavras-chave: Participação Cidadã; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Autonomia Pessoal.

ABSTRACT

This study aims to promote a theoretical-reflexive thesis on the broad concept of health under the perspective of citizenship; it aims to discuss the interrelationship between them and to instigate the reader to critically (re) think how citizenship could represent health. We highlight questions about individual and collective autonomy using the process of *empowerment* to promote a critical and reflexive awareness of the civil rights. To reach such goals, we used some ideas proposed by Paulo Freire and Canguilhem, which will explicit the individual/collective autonomy process to acquire and maintain health; and the construction of a social "normality" seen under the perspective of attention to the rights and duties of a citizen in a responsible relationship between State and population.

Key words: Citizen Participation; Health Services Accessibility; Personal Autonomy.

RESUMEN

El texto tiene como objetivo realizar un ensayo teórico-reflexivo sobre el concepto ampliado de salud desde la perspectiva de la ciudadanía, proponiéndose a responder cuál es la interrelación entre ambas y alentar al lector a (re) pensar críticamente en cómo la ciudadanía puede representar la salud. Se subrayan asuntos como el aumento de autonomía del individuo / colectividad a través de la práctica, utilizando el empoderamiento como herramienta para vislumbrar la conciencia crítica y reflexiva de sus derechos como ciudadanos. Para lograr este objetivo, utilizamos algunas ideas propuestas por Paulo Freire y Georges Canguilhem, que exponen el proceso de autonomía de los individuos / colectividad para obtener / preservar la salud y construir una "normalidad" social desde la perspectiva de atender los deberes y derechos de los ciudadanos, en una relación de corresponsabilidad entre el Estado y la población.

Palabras clave: Participación ciudadana; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Autonomía personal.

[1] Enfermeira. Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul-ESP/SES/RS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista CAPES. E-mail: paulapf@vetorial.net
[2] Enfermeira. Especialista em Intensivismo pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento/POA. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). E-mail: samestoy@pop.com.br.
[3] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Núcleo de Pesquisa Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: vivimarten@ig.com.br.
[4] Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Campus Saúde. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cezarvaz@vetorial.net.
[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Endereço para correspondência: Paula Pereira de Figueiredo: Rua Ilha de Paquetá, n° 109. Bairro Parque Marinha. CEP 96215-220 – Rio Grande, RS. Tel: (53) 32353928.

REME v13 n2.pmd 283 15/1/2010, 16:47

INTRODUÇÃO

Neste texto, de caráter teórico-reflexivo, aborda-se o conceito de saúde sob a perspectiva da cidadania, tendo como objetivo elucidar a inclusão desta na *concepção ampliada de saúde*, a qual incorpora as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.[1]

Ao expressar a compreensão que temos de cidadania, sua origem etimológica e conceitual e o seu significado na construção da saúde e seus nexos, procuramos responder às seguintes questões que fundamentam este estudo: *O que é cidadania? Qual a sua inter-relação com a saúde e como pode representá-la?*

Permeando a discussão, trazemos, sobretudo, as ideias de Fernandes et al.,[2] Freire[3,4] e Canguilhem,[5] as quais explicitarão, respectivamente, o conceito de cidadania; o processo de autonomia dos indivíduos/coletividade para a obtenção/manutenção da saúde; e a construção de uma "normalidade" social, vista sob a perspectiva de atenção aos direitos e deveres dos cidadãos, numa relação de co-responsabilidade entre o Estado e a população.

METODOLOGIA

O caminho percorrido até definirmos a cidadania como um dos conceitos de saúde construiu-se com base em um trabalho coletivo e, ao mesmo tempo, individual, proposto em uma dinâmica apresentada na disciplina Conceito de Saúde e Seus Nexos, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde – Mestrado em Enfermagem – da Fundação Universidade Federal do Rio Grande-RS.

A metodologia deste estudo consistiu, primeiramente, na concepção individual de saúde de cada mestrando. Vislumbrando uma reflexão sobre o conceito de saúde, foram expostas palavras-chave condizentes com o assunto proposto, que proporcionou uma grande explosão de ideias, a qual culminou com a identificação de expressões que pudessem estar relacionadas à compreensão ampliada de saúde. Por aproximação, as palavras foram agrupadas, formando-se o bloco intitulado *Cidadania, Inclusão Social e Acesso aos Serviços de Saúde*. A seguir, solicitou-se ao Grupo de Trabalho (GT) a busca por referenciais que subsidiassem a discussão sobre o "seu" conceito de saúde.

Por conseguinte, o GT se reuniu com o propósito de avançar as reflexões e construir um parágrafo coletivo, que, lido entre os colegas, permitiu identificar, em consenso, o determinante de saúde que mais se destacara. Dessas formulações e reformulações, originou-se uma nova proposta temáticas ao GT, enfocando a *cidadania* como eixo norteador. Sob esse enfoque, coube ao grupo discorrer sobre a relação entre a saúde e o eixo em questão, mostrando a inter-relação entre ambas, de acordo com o referencial teórico.

Essa breve retomada do caminho metodológico utilizado nesse processo teórico-reflexivo nos dá condições de seguir com a elaboração do texto, o qual, a partir de agora, começa a resgatar a origem da cidadania e seu conceito, de modo a fundamentar nossa construção coletiva de que "a saúde é o resultado do exercício da cidadania, a fim de satisfazer as necessidades biopsicossocioespirituais dos indivíduos/coletividade".

CIDADANIA: CONCEPÇÕES TEÓRICAS E SUA INTER-RELAÇÃO COM A SAÚDE

A palavra "cidadania" provém do latim, *civitas*, e significa cidade, estando associada ao desenvolvimento das pólis gregas, entre os séculos VIII e VII a.C. Nessa época, considerava-se cidadão o indivíduo nascido em terras gregas, para o qual eram garantidos todos os direitos políticos. Aos estrangeiros era vetada a participação política, bem como às mulheres e escravos, o que demonstrava a desigualdade social existente. Na Grécia Antiga, os cidadãos participavam das assembleias, tendo plena liberdade de expressão e direito ao voto. Em Roma, a palavra também indicava a situação política dos indivíduos, bem como a preservação de seus direitos e deveres. Cabe ressaltar que na sociedade romana fazia-se distinção entre as pessoas e classes sociais, sendo assegurado o direito de cidadania apenas aos integrantes das classes nobres. Nesse sentido, cidadania era sinônimo de *status*.[6]

Com o passar dos séculos, aconteceram movimentos revolucionários, no intuito de amenizar as desigualdades sociais advindas de governos autoritários e opressores, promovendo maior grau de cidadania entre as pessoas. Atualmente, o conceito de cidadania, como direito a ter direitos, tem se prestado a diversas interpretações, verificando-se a existência de quatro gerações de direitos, denominados: 1. direitos civis e políticos; 2. direitos sociais; 3. direitos coletivos; e 4. direitos relacionados à Bioética[2].

Os direitos de primeira geração, ditos civis, correspondem aos direitos individuais de liberdade de ir e vir, propriedade, direito à vida, segurança, dentre outros. Os direitos políticos, por sua vez, dizem respeito à liberdade de associação e reunião, de organização política e sindical e à participação política e eleitoral. Os direitos de segunda geração envolvem os direitos sociais, econômicos ou de créditos e reportam-se aos direitos de trabalho, saúde, educação, aposentadoria e seguro-desemprego. Podem ser representados pela garantia ao acesso aos meios necessários à vida e ao bem-estar social, por meio do Estado. Os direitos que correspondem à terceira geração são aqueles que apresentam como titular os grupos humanos, ou seja, o povo, a nação, coletividades étnicas ou a própria humanidade. Referem-se ao direito à paz, ao meio ambiente, à autodeterminação dos povos, dentre outros. A quarta geração contempla a bioética, no sentido de impedir a destruição da vida e regular a criação de novas formas de vida em laboratório.[2]

REME v13 n2.pmd 284 15/1/2010, 16:47

Ao refletirmos sobre o tema em discussão, primeiramente associamos cidadania ao direito ao voto, porém percebemos que esta não se reduz apenas à questão política. Ela também consiste na preservação das necessidades humanas básicas, tais como a manutenção da saúde, o oferecimento de condições dignas de moradia, alimentação, educação e saneamento básico. Sob essa ótica, ao focarmos a cidadania como direito à saúde, convém destacar a *8ª Conferência Nacional de Saúde* (CNS), realizada no Brasil, em março de 1986, a qual se constituiu o marco da conquista da constitucionalização da saúde. Essa conferência contou com a presença de mais de 4 mil pessoas e objetivou promover uma reflexão sobre a criação de um Sistema Nacional de Saúde, bem como o desenvolvimento de medidas políticas e financeiras necessárias para a sua implantação. O sistema em questão seria fundamentado em diversos princípios e diretrizes, que tornariam o acesso à saúde universal e igualitário aos brasileiros.[1]

Dado o empenho dos participantes da 8ª CNS, a saúde passou a integrar a Constituição Federal de 1988, conforme o artigo 196, como um "direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Posteriormente, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde n° 8.080/90 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, por meio de seus princípios doutrinários, reforça as concepções de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como direito comum a todos os cidadãos.[7,8]

A luta dos movimentos sindicais e populares permitiu o amparo legal do direito à saúde, porém, mesmo após dezessete anos, ainda existem diversas dificuldades para assegurá-lo. Por esse motivo, destacamos a grande relevância ao incentivo e à execução de práticas educativas, com vista à instrumentalização e ao *empowerment*[5] da população, para que esta se torne, de certa forma, mais crítica, reflexiva, reivindicadora de seus direitos e cumpridora de seus deveres.

Ampliando-se o conceito de saúde para além da ausência de doenças, entendemos que o direito à saúde não se restringe à conquista do acesso aos serviços e à assistência médica, mas incorpora também a necessidade de obter seus determinantes. Dessa forma, a inter-relação entre cidadania e saúde implica exercer o direito a essas condições, com a finalidade maior de alcançar o bem-estar biopsicossocioespiritual.

A cidadania, hoje, perpassa a condição de igualdade civil e política, chegando à questão dos direitos humanos, associado à justiça social. No entanto, a consciência dos direitos iguais está intrinsecamente relacionada ao sentir-se igual aos outros. Significa tomar decisões, opinar sobre sua vida e reivindicar seus direitos. Significa fazer-se sujeito, ser protagonista da própria existência dentro de uma sociedade e, sobretudo, significa manejar o conhecimento, apropriar-se dele e reconstruí-lo. Segundo Dallari,[9] quem não exerce sua cidadania está à margem de sua vida social, adquirindo uma posição de inferioridade dentro da sociedade.

Compartilhando a ideia de Dallari,[9] abordamos, a seguir, questões que permeiam a autonomia individual/coletiva com base nos preceitos de Paulo Freire para instrumentalizar os sujeitos para o exercício da cidadania. Tomando como subsídio a concepção de normalidade trazida por Canguilhem,[5] percebemos a necessidade de trabalhar o *empowement** como ferramenta nesse processo, para que a busca pelo direito à saúde se torne habitual, dada sua relevância para a obtenção/manutenção da qualidade de vida das populações.

A AUTONOMIA DO INDIVÍDUO/COLETIVIDADE PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA E A OBTENÇÃO DE SAÚDE

Ao olhar a Constituição Federal que rege nosso país, verifica-se que a saúde trata-se de um direito reconhecido e legitimado. No entanto, ao ser analisado numa perspectiva antropológica, percebe-se que sua garantia decorre de jogos políticos, em função de uma exigência do processo capitalista, e não em decorrência de ideais humanitários de solidariedade, moralidade, ética e justiça social.[10] Seguindo por essa perspectiva, torna-se mais fácil compreender os motivos que levam a sociedade a vivenciar situações que "ferem" os determinantes e condicionantes da sua saúde.

O *status* de cidadão consiste em uma construção social, que vem sendo modificada no decorrer da história. Na sociedade moderna, os cidadãos são visualizados como integrantes de uma sociedade política fundamentada no sufrágio universal, na qual todas as pessoas são consideradas iguais perante a legislação; isso, porém, nem sempre ocorre na prática. No caso do Brasil e de diversos países latino-americanos, direitos como a educação, a propriedade e a saúde vêm sendo negligenciados.[11]

A sociedade, ao conviver e aceitar situações que a impedem de ter acesso aos determinantes e condicionantes da saúde, permite que seja violada a sua cidadania, muitas vezes por ingenuidade, ao desconhecer ou não saber valer os seus direitos enquanto indivíduo/ coletividade.

Embora a sociedade perceba que a condição social na qual está inserida não é justa, ela se encontra submersa em uma normatização em que essa situação é considerada "normal". "O próprio termo 'normal' passou para a língua popular e nela se naturalizou",[5:209] despertando um conformismo diante daquilo que é o

* *Empowerment* é compreendido, nesse texto, como o incremento do poder técnico e político das comunidades, em prol de conscientização que objetive uma autonomia para a tomada de decisões e o reconhecimento dos fatores de risco, para que se consiga elaborar estratégias para alcançar melhor nível de saúde.

REME v13 n2.pmd 285 15/1/2010, 16:47

descrito e/ou pregado como habitual. Assim, reitera-se a relevância da conscientização dos sujeitos como protagonistas do seu viver e detentores de direitos, a fim de que esses possam usufruí-los com o propósito de conquistar a melhoria de sua qualidade de vida.

Reforçando o pensamento de Canguilhem,[5] entende-se por normal o que segue a regra, ou seja, o que predomina em determinada sociedade. O indivíduo normal é, portanto, o ser normativo capaz de instituir novas normas, tanto orgânicas quanto sociais. Nesse sentido, estando o homem inserido em sua historicidade e tomando consciência de sua prática, ele pode mudar a "norma" do contexto do qual faz parte, restabelecendo relações no seu ambiente, ao realizar a práxis (ação-reflexão-ação) e sendo capaz de superar as adversidades impostas pelo meio e pelo convívio social. Dessa forma, os seres humanos lutam contra aquilo que possa constituir-se em obstáculos ao seu desenvolvimento, adotados como norma perante a sociedade, a fim de preservarem sua condição humana.

Freire[4] referencia que fazer a sociedade (oprimida) aceitar as imposições como normais é a intenção dos opressores, uma vez que não existe a necessidade explícita de que o homem possa/queira mudar/alterar o que é normal. Visto por essa ótica, percebemos a necessidade do indivíduo/coletividade conscientizar-se de sua cidadania, a fim de construir uma nova normalidade social, mais condizente com suas prioridades.

A conscientização para a cidadania, por meio de um processo crítico e dinâmico, busca o entendimento e a utilização da práxis para alcançar a autonomia do indivíduo e da coletividade, permitindo a obtenção de uma saúde consciente. É imprescindível que o homem se envolva permanentemente no domínio político, interferindo em sua realidade.[3] Estar consciente de seus direitos, dentre eles o de ter saúde, disponibiliza ao homem condições para buscá-lo, exigindo do Estado a elaboração e implantação de políticas sociais e econômicas que propiciem o bem-estar da população.

Para modificarmos a situação vigente, torna-se indispensável a iniciativa política e reflexiva de todos os sujeitos, num movimento mútuo de respeito aos direitos e deveres inerentes à cidadania. Nessa perspectiva, é importante considerar a corresponsabilização do Estado e da sociedade perante a defesa e o atendimento das necessidades sociais, as quais incluem a saúde e seus determinantes.

Corroboramos com Freire[4] ao referir que a única maneira de superar a contradição opressor-oprimido é mediante a conscientização e da práxis sobre a realidade. Assim, o *empowerment* extrapola o repasse de informação e a indução de determinados comportamentos ditos como verdades absolutas, visando apoiar o individuo/coletividade para que possam realizar suas próprias análises, tomando, portanto, decisões que considerem corretas e desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre seu processo de viver. Nesse sentido, o *empowerment* pode acontecer tanto em nível coletivo quanto da relação intersubjetiva, ocorrendo em distintos espaços de ação comunitária, sejam eles de promoção, prevenção, cura ou reabilitação da saúde.[12;13] Ao nos reportarmos à dimensão subjetiva dos cidadãos, convém destacar que algumas profissões da área da saúde desempenham suas atividades desconsiderando as questões subjetivas, talvez pela dificuldade que estas possuem de ser quantificadas e compreendidas.[14]

Vislumbrando a saúde como um direito universal, entendemos que de nada irá adiantar a adesão da sociedade a uma postura passiva, oprimida e conformada. Por isso, almejamos a construção de sujeitos sociais, políticos, críticos e reflexivos, capazes de utilizar a ação e o discurso em benefício individual e coletivo. Acreditamos nessa possibilidade por ser a ação a única atividade, política por excelência exercida diretamente entre os homens, dispensando a mediação da matéria. Assim, agir significa tomar a iniciativa, do grego *archein* (começar), e essa capacidade que o homem possui de agir, indica que ele é capaz de realizar o improvável e o inesperado. Já o discurso atua como mediador, interferindo na teia das relações humanas.[15]

Dessa forma, para que a população exerça seus direitos conscientemente, torna-se essencial que a sociedade assuma caráter equitativo, utilizando a ação e o discurso a fim de possibilitar a todos o despertar para a cidadania, respeitando-se a dimensão subjetiva e aceitando as pessoas rotuladas como "diferentes"; ou seja, os oprimidos, e não apenas estabelecendo normas que, na maioria das vezes, são excludentes, dificultando o convívio dos indivíduos no meio social.

Com base no conteúdo exposto e da convergência entre os diferentes autores sobre a temática sugerida e as questões que a permeiam, partimos para as considerações finais, no intuito de retomar a nossa proposta inicial e provocar a reflexão sobre a cidadania, considerando-a inserida no campo da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a abordagem da saúde sob a perspectiva da cidadania e a tentativa de responder às questões iniciais deste ensaio teórico-reflexivo, faremos um retrospecto em relação à concepção ampliada de saúde, ao conceito de cidadania e a inter-relação entre ambas.

O conceito ampliado de saúde não se restringe à acessibilidade aos serviços, pois depende, também, de outros fatores considerados determinantes e condicionantes da saúde, tais como: a educação, habitação, trabalho, renda, transporte, alimentação, lazer e meio ambiente, devendo estes ser assegurados pelo Estado.

Já a cidadania, por sua vez, é considerada o exercício dos direitos político-civis, sociais, coletivos e relacionados à bioética, nos quais estão inseridos, justamente, os fatores determinantes e condicionantes da saúde. Logo, a inter-relação entre cidadania e saúde implica o exercício do direito a essas condições, com a finalidade maior de alcançar o bem-estar biopsicossocioespiritual.

REME v13 n2.pmd 286 15/1/2010, 16:47

Apesar de esforços serem mobilizados por representações populares, de trabalhadores e estudantes da área da saúde, parece que esse direito não tem sido legitimado na prática, o que nos leva a indagar qual seria, então, o caminho para se efetivar o exercício da cidadania em prol da obtenção/manutenção da saúde e seus determinantes/condicionantes. Alguns caminhos já têm sido apontados, como o *empowerment* individual/comunitário; a conscientização dos oprimidos e a construção de um novo estado de "normalidade" social; além do respeito simultâneo aos direitos e deveres dos cidadãos.

Diante do exposto, cabe destacar que os profissionais da saúde exercem papel de grande relevância na orientação e instrumentalização da população sobre seus direitos e deveres, contribuindo, assim, para a construção de sujeitos sociais, políticos, críticos e reflexivos, capazes de utilizar a ação e o discurso em benefício da coletividade. Dessa forma, no cenário atual, não basta culpabilizar o Estado, é preciso o fortalecimento da participação popular, a fim de preservar o exercício da cidadania.

Por isso, refletir sobre o tema em questão deve ser uma constante e, à medida que esse questionamento for sendo respondido, talvez seja possível chegarmos à satisfação de nossa interrogação inicial de como a cidadania pode representar a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde;1986.

2. Fernandes JD, Oliveira MR, Fernandes J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2):35-42.

3. Freire P. Política e Educação. 5º ed. São Paulo: Cortez; 2001. v. 21.

4. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 45ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

5. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.

6. Rezende Filho CB, Câmara Neto IA. A evolução do conceito de cidadania. Departamento de Ciências Sociais e Letras. Universidade de Taubaté (SP). [Citado em 2007 jun 18]. Disponível em URL < http://www.unitau.br/prppg/publica/humanas/download/aevolucao-N2-2001.pdf>.

7. Brasil. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p.18.055-18.059.

8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 163-77.

9. Dallari DA. Direitos humanos e cidadania. São Paulo: Moderna; 1998.

10. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. Cad Saúde Pública. 2004; 20(3):753-60.

11. Peruzzo CMK. Comunicação comunitária e educação para cidadania 2002. [Citado em 2007 set 17]. Disponível em: http// www.2metodista.br/unesco/PCLA/revista.

12. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção da Saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(4):1088-95.

13. Gastaldo D. É educação em saúde saudável. Educ Real. 1997; 22(1):147-63.

14. Castiel LD. O buraco do avestruz: a singularidade do adoecer humano. São Paulo: Papirus; 1994.

15. Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.

Data de submissão: 9/5/2008
Data de aprovação: 15/7/2009

REME v13 n2.pmd 287 15/1/2010, 16:47

COORDENAÇÃO DE GRUPOS NA ENFERMAGEM – REFLEXÕES À LUZ DE PICHON-RIVIÈRE

COORDINATION OF NURSING GROUPS – REFLEXIONS ACCORDING TO PICHON-RIVIÈRE

COORDINACIÓN DE GRUPOS EN ENFERMERÍA – REFLEXIONES A LA LUZ DE PICHON-RIVIÈRE

Adriana Serdotte Freitas Cardoso[1]
Fernanda Barreto Mielke[2]
Caren de Oliveira Riboldi[3]
Narciso Vieira Soares[4]
Agnes Olschowsky[5]
Clarice Maria Dall'Agnol[6]

RESUMO

Desde as organizações mais primitivas, o ser humano comporta-se como um ser gregário, e suas experiências grupais constituem a base de formação para uma identidade individual, coletiva e social. Os estudos sobre grupos fazem-se presentes em diversas áreas do conhecimento, dentre elas a enfermagem, que se destaca por um ser trabalho coletivo, contínuo, ininterrupto, estruturado em equipes que possuem como eixo de referência o enfermeiro. Esse profissional, como integrante dessa equipe, assume competências de supervisão e liderança, legitimando seu papel de coordenador. Neste artigo propomos uma reflexão sobre a coordenação de grupos alicerçados no referencial sobre grupo operativo proposto por Enrique Pichon-Rivière. Esses pressupostos permitem o aprendizado por meio das vivências de cada indivíduo, propiciando o crescimento grupal em um movimento dialético de construção, desconstrução e reconstrução que busca explicitar o que está implícito. O enfermeiro, ao coordenar um grupo, deve considerar a complexa de rede de vínculos e relações sociais da ação de seus integrantes e, assim produzir mudanças.

Palavras-chave: Enfermagem; Processos Grupais; Estrutura de Grupo.

ABSTRACT

Since the most primitive organizations, the human being behaves as a gregarious individual and group experiences are the basis for a social, collective and individual identity. Group studies are seen in many knowledge areas, including Nursery. This area stands for a collective and continuous group work with a male nurse as a reference. As part of the group, a male nurse assumes supervisory and leadership duties to legitimize his coordinating role. This article proposes a reflexion about this role based on the conceptions of operative groups suggested by Enrique Pichon-Rivière. According to his ideas, learning results from each individual's experiences and represents an opportunity for growth. This dialectic movement of construction, deconstruction and reconstruction aims to make clear what is implicit in it. The male nurse, as a group coordinator, must consider the complexity of the network links and of the social relationships to make changes.

Key words: Nursing; Group Processes; Group Structure.

RESUMEN

Desde las organizaciones mas primitivas el ser humano se comporta como un ser gregario y sus experiencas grupales constituyen la base de la formación para una identidad individual, colectiva y social. Los estudios sobre grupos están presentes en varias áreas del conocimento, entre ellas la Enfermería. Ésta se destaca por un trabajo colectivo, continuo, sin interrupciones, estructurado en equipos cuyo eje de referencia es el enfermero. Este profesional, como integrante de aquel equipo, asume competencias de supervisión y liderazgo, legitimando su rol de coordinador. En este artículo proponemos una reflexión sobre la coordinación de grupos basados en el referente del grupo operativo propuesto por Enrique Pichón-Rivière. Tales presupuestos permiten el aprendizaje partiendo de las vivencias de cada individuo, propiciando el crecimiento grupal en un movimiento dialéctico de construcción, desconstrucción y reconstrucción que busca explicitar lo que está implícito. El enfermero, al coordinar un grupo, debe considerar la compleja red de vínculos y relaciones sociales de la acción de sus integrantes y, así, producir cambios.

Palabras clave: Enfermería; Procesos de Grupo; Estructura de Grupo.

[1] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPG-ENF/UFRGS). Membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE).
[2] Enfermeira. Doutoranda no PPG–ENF/UFRGS. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM).
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPG–ENF/UFRGS. Membro do NEGE.
[4] Enfermeiro. Doutorando no PPG-ENF/UFRGS. Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – *Campus* Santo Ângelo. Membro do NEGE.
[5] Doutora em Enfermagem. Docente do PPG-ENF/UFRGS. Coordenadora do GEPESM.
[6] Doutora em Enfermagem. Docente do PPG-ENF/UFRGS. Coordenadora do NEGE.
Endereço para correspondência: Adriana Serdotte Freitas Cardoso: Av. Lucas de Oliveira, 2320. Apto 203. Bairro: Petrópolis. CEP: 90460-000. Porto Alegre-RS. E-mail: aserdotte@hcpa.ufrgs.br.

REME v13 n2.pmd 288 15/1/2010, 16:47

INTRODUÇÃO

Desde as organizações mais primitivas, o ser humano caracteriza-se como um ser gregário, o que lhe confere a necessidade de interação contínua com o outro. Os arranjos em grupo iniciam-se logo cedo, com o nascimento e a inserção na família, consolidando-se ao longo das demais fases do desenvolvimento mediante o convívio na escola, na igreja, no local de trabalho, dentre outros.

A troca de experiências nos diferentes grupos e contextos oportuniza ao ser humano a incorporação de aprendizados que contribuem para o delineamento de sua personalidade e aprimoramento pessoal, influenciando-o nas escolhas. Essas vivências constituem a base de formação para uma identidade individual, coletiva e social.[1,2]

Os estudos sobre grupo encontram-se presentes em diversas áreas do conhecimento, entre elas a enfermagem, diferenciando-se apenas quanto ao enfoque e à forma de abordagem. As atividades grupais nesse cenário, frequentemente, são utilizadas como estratégias no processo de aprendizagem que possibilitam o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos nos mais diversos âmbitos.[3]

O trabalho de enfermagem é predominantemente coletivo, contínuo, ininterrupto nas 24 horas e estruturado em equipes compostas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. É comum observar que, na dinâmica de trabalho dessas equipes, o enfermeiro atua como principal articulador das ações individuais e coletivas voltadas para o cuidado, para o ensino e para a pesquisa, em diferentes contextos. Tal papel advém das competências gerenciais designadas a esse membro do grupo que incluem supervisão e liderança,[4] convergindo para a figura de coordenador de ações coletivas com vista à efetivação do cuidado.

Para melhor compreender as questões que emergem da temática coordenação de grupos, torna-se fundamental um referencial teórico-metodológico. Neste artigo, as reflexões alicerçam-se nos pressupostos de Enrique Pichon-Rivière, psicanalista argentino que em 1946 criou o conceito de grupo operativo, contribuindo para melhor compreensão e entendimento dos fenômenos grupais.

Com base nas vivências na disciplina "Grupo Operativo: fundamentos teóricos e práticos", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, surgiram inquietações acerca do assunto e o interesse em relacionar o referencial de grupo operativo com as questões relativas à coordenação de grupos na enfermagem.

Outro aspecto motivador para o desenvolvimento deste artigo foi a escassez de produções científicas para esta abordagem na área da enfermagem, constatação ratificada após busca na base de dados BIREME. Utilizando como critérios os descritores deste artigo e as publicações científicas nos últimos dez anos, foram encontradas pesquisas voltadas para as questões operacionais de grupo, como o número ideal de componentes, condições para realização, características e atribuições do coordenador, dentre outros.

Mesmo considerando esses aspectos importantes para a condução do processo grupal, entende-se que abordar a temática com base nos pressupostos pichonianos fornecerá subsídios para o aprimoramento da prática de coordenação de grupos na enfermagem, em especial ao enfermeiro, como líder de equipe. Além disso, auxiliará os sujeitos envolvidos nesse processo a compreender suas ações e a construir sua práxis coletivamente, de modo que transformem o cotidiano e lhe recriem o próprio trabalho.

UMA APROXIMAÇÃO COM O REFERENCIAL DE PICHON-RIVIÈRE

Enrique Pichon-Rivière[5:172] define grupo como "um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe de forma explícita ou implícita uma tarefa [...]". Nessa concepção, as necessidades são comuns a todos e as pessoas se articulam com a finalidade de alcançar uma tarefa. O grupo em conjunto estabelece vínculos de intensa reciprocidade entre si, numa relação dialética contínua que por meio de uma ação educativa modifica os sujeitos durante a interação.

A técnica do grupo operativo foi criada em 1946. quando Pichon-Rivière era responsável pelo Servicio de Adolescentes del Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres da Cidade de Buenos Aires. Por circunstâncias particulares, os profissionais da enfermagem foram dispensados e, diante dessa situação, era preciso providenciar pessoal para realizar até mesmo as tarefas mais simples. Pichon-Rivière, então, recrutou pacientes adultos do hospital e, com base na formação de indivíduos mediante tarefas determinadas, conseguiu obter pessoas capazes de administrar o cuidado à comunidade de jovens que ficavam sob a responsabilidade dele.[5]

A proposta apresentada por Pichon-Riviére para a técnica de grupos operativos fundamenta-se na proposta de aprender a aprender, ou seja, aprender a pensar integrando estruturas afetivas, conceituais e de ação, isto é, o sentir, o pensar e o fazer no processo cognitivo. Nessa técnica, procura-se potencializar a capacidade operativa que um grupo possui, centrando seus integrantes no reconhecimento de suas necessidades, na elaboração de um projeto e no desempenho de uma tarefa.[5]

Operar consiste em proporcionar condições para que os membros do grupo consigam promover uma modificação criativa e uma adaptação ativa à realidade, compreendendo o grupo como instrumento de aprendizagem[5,6]. Essa aprendizagem relaciona-se não somente ao seu produto, mas também ao processo

REME v13 n2.pmd 289 15/1/2010, 16:47

envolvido, na possibilidade de transformação de uma modalidade de pensamento dilemático em outro dialético. Enquanto o pensamento dilemático obstaculiza a aprendizagem, a criatividade e a transformação da realidade, traduzindo-se numa leitura distorcida dela, o pensamento dialético busca o objeto de conhecimento situado no seu contexto, compreendendo-o em constante movimento e integrado a outros objetos numa situação histórica concreta.[7]

A técnica de grupo operativo caracteriza-se por estar centrada na tarefa explícita, que consiste em reelaborar a informação/objeto de conhecimento, tendo em vista a proposta de trabalho grupal (aprendizagem, terapêutica, diagnóstico organizacional, etc.), e na tarefa implícita, envolvendo a elaboração de ansiedades (medo da perda e medo do ataque) que configuram as resistências às mudanças. Essas resistências devem ser superadas no acontecer grupal por meio de movimentos dialéticos de tese, antítese e síntese, ou seja, um movimento de construção, desconstrução e reconstrução num processo de indagação e esclarecimento, de tornar explícitos conteúdos que estejam implícitos no grupo.[5]

No momento em que as pessoas operam em grupo, esse processo ocorre mediante a atribuição e assunção de papéis. O conceito de papel é entendido como um modelo de conduta relativo a uma posição do indivíduo na rede de interação grupal, que está interligada às suas expectativas e às dos outros membros do grupo. Ao longo do acontecer grupal emergem os papéis de porta-voz, bode expiatório, líder da resistência e líder da mudança, que no decorrer do grupo vão sendo assumidos pelos integrantes.[5] Enfatiza-se a necessidade de rodízio desses papéis entre os participantes: "havendo cristalização de uma ou mais pessoas em alguns dos papéis, a operatividade grupal fica prejudicada, comprometendo a aprendizagem".[8:91]

O reconhecimento e a identificação desses papéis fornecem subsídios ao coordenador grupal auxiliando-o na condução do grupo. Nesse sentido, ao perceber a atuação do porta-voz, o coordenador poderá ter indicações de como o grupo está percebendo e sentindo, de modo a orientá-lo na elaboração dos conteúdos latentes ou até mesmo num redirecionamento grupal.

Por "bode expiatório" entende-se depositar aspectos negativos ou atemorizantes do grupo ou da tarefa em um membro surgindo mecanismos de segregação diante de tal integrante. Por outro lado, enquanto o líder da resistência atua em movimento contrário às mudanças, anunciando os processos de resistência, o líder progressista age como um facilitador, auxiliando o coordenador e o grupo na consecução da tarefa.[5] No momento em que o coordenador é sensível a esse interjogo de papéis, inclusive identificando-se e reconhecendo-se como parte dele, torna-se capaz de trabalhar e entender melhor a dinâmica desse processo.[8]

A ideia de aprender a aprender proposta por Pichon-Riviére está baseada na preexistência, em cada indivíduo, de um esquema conceitual referencial e operativo (ECRO), que corresponde ao conjunto de conhecimentos, experiências e sentimentos com os quais o sujeito pensa e age. Esse ECRO individual adquire unidade mediante o trabalho em grupo, colaborando para a elaboração de um ECRO grupal, ou seja, um esquema referencial operativo sustentado pelo denominador dos esquemas prévios individuais. É importante que o coordenador grupal se aproprie dos ECROS individuais para, assim, construir um esquema conceitual grupal que venha auxiliar no processo de aprendizagem.[5]

É importante assinalar que os pressupostos pichonianos de grupo operativo vêm ao encontro do processo de trabalho da enfermagem à medida que a equipe busca, com base em um líder e no esforço coletivo, aperfeiçoar sua prática de cuidado. É comum no grupo de trabalho emergir conflitos tanto de ordem pessoal quanto coletiva, necessitando que as pessoas do grupo desenvolvam estratégias de enfrentamento. Nesse processo, percebe-se a importância do coordenador, como eixo de referência, no interjogo de papéis, nos retrocessos e avanços.

O PAPEL DO COORDENADOR DE GRUPOS NA ENFERMAGEM

O crescente interesse pela temática de grupos na enfermagem deve-se ao fato de o enfermeiro, como líder de equipe, utilizar frequentemente essa tecnologia como estratégia de liderança do cuidado ao ser humano, no ensino, na pesquisa, dentre outros. A relevância do trabalho em grupo na enfermagem/saúde é destacada pelos Ministérios da Saúde e da Educação,[9] pois preconizam que a formação e a atuação do enfermeiro deve conceber um processo produtivo de cuidado aos cidadãos capaz de construir, junto com eles, graus de autonomia que lhes causem impacto na qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o enfermeiro tem como desafio o compartilhamento, a gestão de conhecimentos e a coordenação de fazeres específicos, visando atender às demandas e necessidades dos sujeitos por eles assistidos. O coordenador de grupo deve buscar o aperfeiçoamento da arte de coordenar e desvendar suas potencialidades como facilitador de um processo que se dá de forma conjunta e compartilhada, com seus pares e usuários, no sentido de troca e aprendizado.[10]

Coordenar grupos, de forma geral, pressupõe o desenvolvimento de habilidades, competências, conhecimento teórico, sensibilidade e equilíbrio emocional, características que possibilitam estimular os envolvidos a trabalhar operativamente. O coordenador, à luz do referencial de grupo operativo, é aquele que "pensa com o grupo, ao mesmo tempo em que colige e integra os elementos do pensamento grupal".[5:129]

O processo e organização do trabalho de enfermagem, nos diferentes contextos que integra, apresenta inúmeras especificidades, que abrangem desde a forma

REME v13 n2.pmd 290 15/1/2010, 16:47

como se desenvolvem as atividades diárias até os arranjos coletivos, propensos a conflitos pela própria natureza do trabalho. Nesse cenário, torna-se fundamental uma coordenação efetiva que perceba as necessidades da equipe e saiba trabalhar as diferenças, assim como os aspectos positivos dessas relações.

No processo grupal, é importante estimular que os sujeitos se tornem capazes de protagonizar novas possibilidades, como sujeitos autônomos, solidários e conscientes de si e de suas necessidades.[11] Mediante tal quesito, espera-se que o coordenador mantenha a sinergia grupal, levando em conta os fenômenos manifestos e latentes, o simbólico e o fantasmático, as relações sujeito-grupo, mundo interno/externo e projeto-resistência à mudança, os processos transferenciais. A dinâmica grupal "encontra-se em contínuo movimento sempre em processo de um estágio a outro, em fluxo e refluxo".[12:152]

Assim, entendemos que o enfermeiro, como coordenador, deve considerar tanto as manifestações individuais como as do contexto grupal no qual está inserido, ou seja, o que é verbalizado por causa da verticalidade de cada sujeito, pertence ao grupo também. Assim, o papel do coordenador consiste em "esclarecer, através de assinalamentos e interpretações as pautas estereotipadas de conduta que dificultam a aprendizagem e a comunicação grupal", tendo o desafio de "criar, manter e fomentar a comunicação dialógica, chegando esta, através de um desenvolvimento progressivo, a tomar a forma de uma espiral, na qual coincidem didática, aprendizagem, comunicação e operatividade".[5:128-129]

Tornam-se evidentes as inúmeras atribuições do coordenador, destacando-se que seja capaz de desenvolver um processo criativo fomentador da comunicação e do diálogo entre os membros do grupo na perspectiva de alcance dos objetivos. Além disso, espera-se o discernimento para conduzir o grupo à análise das situações que estejam impedindo a penetração na tarefa, de forma a oportunizar o desenvolvimento das relações que se estabelecem no processo e na sua relação com a tarefa grupal. Como parte desse grupo, faz-se essencial sua compreensão como sujeito histórico com base no papel que desempenha, de maneira que seu olhar adquira sentido e sua intervenção, direcionalidade.

Coordenação implica capacidade de escuta a ser desenvolvida observando-se os tempos para fala e silêncios que podem sinalizar anseios, desejos e dificuldades no trabalho e nas relações grupais. Espera-se que o coordenador seja capaz de manter a sinergia grupal levando em conta os fenômenos manifestos e os latentes, o simbólico, o fantasmático, a relação sujeito-grupo, a relação mundo interno-externo, os processos transferenciais e a relação projeto-resistência à mudança. Nesse sentido, a dinâmica grupal "encontra-se em contínuo movimento sempre em processo de um estágio a outro, em fluxo e refluxo",[12:152] exigindo que o coordenador atue como continente e decifrador. Almeja-se que o coordenador elabore hipóteses sobre o acontecer implícito que explicitem fatos ou processos que não aparecem como manifestos aos integrantes do grupo e que funcionam como obstáculo para o alcance do objetivo.

A abordagem com grupos operativos vem crescendo ao longo dos anos, em especial na enfermagem, demonstrando o despertar do enfermeiro para esse enfoque e ampliando o campo de atuação em áreas como educação e saúde, ensino, assistência e gerenciamento de equipes. Como coordenador de grupo, o enfermeiro deve estar preparado para realizar intervenções, levando em consideração a dialética grupal, ou seja, os movimentos que ocorrem nas diferentes etapas vivenciadas coletivamente, e, assim, favorecer a solução de dilemas, visualizando e contribuindo na elaboração e resolução de contradições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coordenação de grupos pode ser entendida, muitas vezes, como uma tarefa impositiva e pouco aberta ao diálogo. O referencial de grupo operativo proposto por Pichon-Rivière possibilita outra maneira de exercer esse papel, pautando-se pelo diálogo, pela escuta e pela valorização do que está emergindo nesse processo coletivo.

Ao propor determinada tarefa em um grupo, é importante a disponibilidade de todos em realizá-la. Mesmo que aparentemente pareça simples, esse processo implica crescimento e mudança no cotidiano das pessoas envolvidas, pressupondo avanços e retrocessos, numa troca saudável de papéis que ocorre em um movimento dialético.

A enfermagem, como equipe de trabalho, vivencia diariamente os conceitos apresentados por Pichon-Rivière nas suas mais diversas práticas, que abrangem desde ações gerenciais e assistenciais, até atividades de educação e pesquisa. Nesse cenário, o enfermeiro atua como eixo de referência desse grupo, mas também como membro efetivo e atuante no jogo de papéis que se estabelece, instigando a busca de reflexões para situações conflituosas advindas do próprio processo grupal. O enfermeiro coordenador deve entender que o grupo não é mero somatório de pessoas, pois todos estão reunidos em torno de uma tarefa.

Assim, o exercício da coordenação deve considerar a complexa rede de vínculos e relações sociais da ação do grupo, entendendo que é o grupo em seu processo que aprende o trabalho e esse aprendizado produz mudanças. Para tal, é importante que a coordenação perceba que as dificuldades apresentadas no trabalho não são problemas individuais, mas do grupo.

A escuta e a sensibilidade para as diferentes manifestações grupais são facilitadoras do processo de coordenação e as vivências são únicas e peculiares ao modo como se desenvolve o processo e às pessoas que nele se inserem. Ressalte-se que um bom coordenador é aquele capaz de alcançar o cumprimento da tarefa de forma satisfatória e participativa.

REME v13 n2.pmd 291 15/1/2010, 16:47

REFERÊNCIAS

1. Grossmann E, Kohlrausch E. Grupo e funcionamento grupal na atividade dos enfermeiros: um conhecimento necessário. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(1):71-9.

2. Dall'agnol CM, Resta DG, Zanatta E, Schrank G, Maffacciolli. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(1):21-6.

3. Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di'Lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. Texto Contexto Enferm. 2003;12(1):97-103.

4. Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53(esp):143-7.

5. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 7ª. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

6. Corrêa AK, Souza MCBM, Saeki T. Transição para o exercício profissional em enfermagem: uma experiência em grupo operativo. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2005; 9(3):421-28.

7. Quiroga AP, Pichón-Rivière E. Revisão histórica: a trajetória dos autores e de suas obras. In: Freire P, Quiroga AP. O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière. Petrópolis: Vozes; 1989.

8. Dall'Agnol CM, Martini AC. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. Texto Contexto Enferm. 2003; 12(1):89-96.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2008.

10. Pirolo SM, Chaves EC. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(4):351-7.

11. Manigot M. La función del coordinador: su razon de ser en el grupo. In: Temas de Psicologia Social. 9(1) Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1987.

12. Mota K, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. Rev Eletrônica Enferm. 2006; 8(1):150-60.

Data de submissão: 15/7/2008
Data de aprovação: 22/6/2009

REME v13 n2.pmd 292 15/1/2010, 16:47

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: OUVINDO QUEM PASSOU PELA EXPERIÊNCIA

PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION: LISTENING TO THOSE WHO EXPERIENCED IT

INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA: ESCUCHANDO A QUIEN VIVIÓ LA EXPERIENCIA

Raquel Mori Pires de Camargo[1]
Renata Marques de Oliveira[2]

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, com o objetivo de elucidar o fenômeno "estar internado em uma ala de psiquiatria de um hospital geral", com base no relato de quem o vivenciou. Participaram desse estudo oito clientes internados na enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Marília (HC), por meio de duas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. A primeira entrevista ocorreu nos primeiros cinco dias de internação e a segunda, próxima ao momento da alta hospitalar. A análise das entrevistas se deu mediante a união das falas concordantes em oito unidades temáticas: 1. história da doença; 2. relações familiares; 3. sentimentos envolvidos durante a internação; 4. impressões sobre a ala e o atendimento; 5. influência da religião; 6. medicações; 7. internações antigas em hospitais psiquiátricas; e 8. perspectiva para o futuro. Os resultados mostram que a doença psiquiátrica gera grande sofrimento, que, quando intensificado, torna-se motivo para a internação. As relações familiares patológicas e o uso incorreto das medicações também foram vistos como agravantes desse sofrimento. A religião foi percebida como um fator que exerce grande influência nos pacientes psiquiátricos, tanto de forma prejudicial como fonte de conforto. A internação foi relatada por alguns dos entrevistados como de difícil aceitação a princípio, mas houve reconhecimento dos benefícios no decorrer dela, quando constataram que estavam mais preparados para voltar a conviver em sociedade e vislumbraram suas expectativas para o futuro.

Palavras-chave: Internação Compulsória de Doente Mental; Terapia Ocupacional; Pessoas com Deficiência Mental.

ABSTRACT

This is a qualitative study with a phenomenological approach that aims to elucidate the phenomenon of "being hospitalized in a psychiatric ward", considering the reports of those who experienced it. Eight patients admitted in a psychiatric ward of the Clinical Hospital of Marilia underwent two semi-structured interviews which were recorded and then transcribed. The first interview was performed within five days of admission and the second one was obtained at the moment of hospital discharge. Patient's reports were analyzed and separated in eight thematic groups: 1) history of the disease; 2) family relationships; 3) feelings during the hospitalization; 4) impressions about the ward and the treatment; 5) influence of religion; 6) medication; 7) previous hospitalization in psychiatric institution, and 8) perspectives for the future. Results show that psychiatric diseases cause great suffering, which may become a reason for hospitalization. Moreover, pathologic family relationships and incorrect use of medications seem to enhance suffering. Religion also seems to have an effect on psychiatric patients, either in a positive or in a negative way. Reports show that patients find it hard to accept hospitalization at first, but they recognize its benefits during the process, when they are able to go back home and relate their perspectives for the future.

Key words: Commitment of Mentally Ill; Occupational Therapy; Mentally Disabled Persons.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico con el objetivo de elucidar el fenómeno de "estar internado en una ala de psiquiatría de un hospital general", a partir del relato de quien lo vivió. Participaron ocho clientes internados en la enfermería psiquiátrica del Hospital de las Clínicas de Marília (HC), a través de dos entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas. La primera entrevista ocurrió en los primeros cinco días de internación y, la otra, cerca del alta hospitalaria. El análisis de las entrevistas se realizó vinculando las respectivas charlas en ocho unidades temáticas: 1) historia de la enfermedad; 2) relaciones familiares; 3) sentimientos durante la internación; 4) impresiones sobre el ala y la atención; 5) influencia de la religión; 6) medicación; 7) internaciones antiguas en hospitales psiquiátricos; y 8) perspectivas para el futuro. Los resultados muestran que la enfermedad psiquiátrica genera mucho sufrimiento y que, cuando se intensifica, se torna motivo para la internación. La relaciones familiares patológicas y el uso incorrecto de los medicamentos agravan el sufrimiento. La religión fue percibida como un factor que ejerce mucha influencia en los pacientes psiquiátricos, ya sea de forma perjudicial o como fuente de confort. La internación fue relatada como de difícil aceptación al principio; sin embargo, más tarde se reconocieron sus beneficios cuando algunos de los entrevistados afirmaron estar más preparados para volver a convivir en sociedad y pudieron relatar sus expectativas para el futuro.

Palabras clave: Internación Compulsoria del Enfermo Mental; Terapia Ocupacional; Personas con Discapacidad Mental.

[1] Enfermeira especialista de Saúde Mental pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), responsável pelas Alas de Psiquiatria e Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas de Marília (FAMEMA). E-mail: rakel.camargo@gmail.com.
[2] Estudante da 3ª série de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). E-mail: renatamarques@famema.br.
Endereço para correspondência: Raquel Mori Pires de Camargo: Rua Aziz Atalah, s/nº. CEP:17519-030 – Marília-SP.

REME v13 n2.pmd 293 15/1/2010, 16:47

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho, por si só, é envolto em preconceito. Isso, dada a grande incompreensão da sociedade e até mesmo de muitos profissionais da saúde sobre a área de saúde mental. Se apenas falar sobre os doentes mentais já provoca, em muitos de nós, uma grande resistência, isso nos instiga a considerar quão difícil é ouvir o que eles têm a nos dizer. No entanto, quando fazemos um resgate histórico sobre os transtornos mentais, percebemos que o preconceito atual tem suas razões para existir, sendo fundamentado na própria história dessas doenças.

Antigamente, muitas explicações sobrenaturais eram dadas para o transtorno mental, portanto era um assunto envolto de ideias mágicas e que gerava muito sofrimento àqueles que eram acometidos por ela, dadas as concepções religiosas da época[1]. A doença mental manifestava à sociedade a realidade do pecado e a vingança divina aos ataques de Satanás, de modo que os transtornos psíquicos eram conhecidos como uma enfermidade da alma, uma lepra moral, e que poderiam ser curados por meio de penitência e de ritos religiosos.[2]

O transtorno mental só passou a ser considerado doença no século XVIII, por Philippe Pinel (1745-1826), que propunha o "tratamento moral" desses doentes, o qual consistia em corrigir os excessos passionais e desvios da norma ética. Os doentes foram libertos dos grilhões, eram tratados com carinho e tinham suas necessidades físicas satisfeitas, porém permaneceram nos asilos e manicômios, por acreditarem que a sociedade e a família eram estímulos negativos. Consideravam que o indivíduo estava desequilibrado, e o manicômio era o lugar ideal de equilíbrio, reordenação e reeducação.[3]

Assim, percebe-se, historicamente, que houve grande necessidade de confiná-los, primeiro em prisões, depois em asilos e, mais adiante, em hospitais psiquiátricos,[4] de modo que por muito tempo permaneceram excluídos e marginalizados. Afinal, tornava-se mais fácil esconder aquilo que não era entendido ou aceito.

O sofrimento a que os doentes mentais foram submetidos ao longo da história deve-se à dificuldade humana em lidar com a complexidade das funções da mente e das diferenças, bem como com a proximidade da loucura e da doença. No entanto, com a Reforma Psiquiátrica, iniciada durante a década de 1970 na Itália, tendo como precursor o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), uma luz começou a surgir no fim do túnel para os indivíduos acometidos por doenças da esfera mental. Os hospitais psiquiátricos, que haviam se transformado em depósitos de loucos, passaram a ser questionados e os maus-tratos aos doentes, criticados.[5] Desse modo, surgiram algumas propostas, tais como diminuir o tempo de internação, o número de pacientes internados e inseri-los cada vez mais na sociedade.

Uma das propostas foi a possibilidade de expansão das Enfermarias Psiquiátricas nos Hospitais Gerais (EPHGs), sobre as quais iremos nos ater neste estudo. O próprio significado da palavra "enfermaria" já traz uma conotação diferente da habitualmente referida aos doentes mentais. Podemos definir enfermaria, então, como um espaço para tratamento de sujeitos necessitados de algum tipo de auxílio. Era justamente o que se queria oferecer aos doentes mentais: um tratamento sem caráter de exclusão, o que era bem característico dos hospitais psiquiátricos, manicômios e hospícios.[6]

Usualmente, para que aconteça a internação em uma EPHG, todos os recursos extra-hospitalares devem ter sido esgotados. A internação também pode ocorrer quando há exaustão familiar decorrente do transtorno mental, para que os cuidadores possam recuperar as forças, protegendo os indivíduos de maus-tratos – mesmo que inconscientes – decorrentes do esgotamento familiar. Assim, a internação psiquiátrica ocorre não de acordo com doença que o indivíduo apresenta, mas conforme sua alteração psíquica, familiar ou social naquele momento. Portanto, com a internação não se pretende somente limitar as atitudes do cliente, mas fornecer-lhe "uma experiência de como ele pode viver com controle sobre si".[7:110]

Dentre as várias facilidades encontradas em uma enfermaria psiquiátrica, destaca-se o espaço que torna possível a expressão do lado não adoecido dos clientes internados.[8] Assim,

> o contato com a equipe é de fundamental importância terapêutica, pois ao se comportarem de modo distinto dos doentes, oferecem novas formas de relacionamento, ajudando-o a internalizar relações menos patológicas.[9:169]

Também podemos concluir que o convívio com seus iguais permite que cada um desenvolva a autocrítica, espelhando-se no outro.

No contexto das EPHGs, passa-se a acreditar não somente na possibilidade de internação breve, mas também na ideia de que é possível a convivência do doente psiquiátrico com os demais indivíduos, tanto adoecidos como sãos, diminuindo-lhe o isolamento.[10]

O fato de existir uma enfermaria destinada unicamente a essas pessoas e não mais meros abrigos, onde viveriam aglomerados, sem considerar suas particularidades, já foi um grande avanço dessa triste história, assim como a criação dos diversos serviços extra-hospitalares. Porém, ainda não basta oferecer apenas um lugar físico para esses doentes se tratarem, é necessário aceitá-los como pessoas e cuidar deles com toda a dedicação com que seria cuidado qualquer outro indivíduo necessitado. É preciso muito mais que uma simples enfermaria, é preciso romper com as barreiras do preconceito que ainda existem.

OBJETIVOS

Nosso objetivo com este estudo foi perceber a percepção da internação psiquiátrica sob a ótica dos

REME v13 n2.pmd 294 15/1/2010, 16:47

próprios clientes admitidos na Ala de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Marília, até mesmo identificando os sentimentos envolvidos nas diversas etapas da internação.

Ouvimos a opinião dos clientes sobre o tratamento utilizado, sobre a estrutura física da ala, as atividades desenvolvidas e o desempenho da equipe, atentando para a valorização dos pontos positivos e negativos destacados pelos clientes e também para as críticas e sugestões, a fim de que pudéssemos sugerir melhorias para o serviço, embasadas na percepção de quem passou pela experiência da internação.

JUSTIFICATIVA

A internação psiquiátrica representa, para algumas pessoas, uma fonte de alívio, uma vez que conseguem estabelecer um isolamento social e emocional, necessário àquele momento. Muitas vezes, em casa, isso é mais difícil. Assim, é fundamental compreender os sentimentos que estão envolvidos durante o processo da internação, pois muitas vezes o indivíduo pode desejar estar internado pela simples expectativa de que será ouvido e terá suas necessidades atendidas.[11] Como, normalmente, nas EPHGs trabalha-se muito a importância do estímulo constante aos clientes e sua integração, no ambiente, com os profissionais e os outros pacientes, vale a pena entender como se sentem, a fim de ter com eles a melhor conduta possível.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Primeiramente, este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Famema e, após sua aprovação segundo Protocolo de Estudo n.º 718/07, foi iniciado o estudo propriamente dito.

Para a compreensão dos sentimentos envolvidos na internação psiquiátrica, é fundamental a permanência no cenário onde eles estão inseridos e a disponibilidade de tempo para ouvir o que eles têm a dizer. Assim, procuramos compreendê-los sob a perspectiva do fenômeno, pois é por meio do dizer de cada um sobre a experiência que o fenômeno é revelado.[12]

A metodologia de pesquisa utilizada para este fim é a fenomenologia, pois é ela que se empenha em entender o significado das situações vivenciadas do ponto de vista do sujeito. Desse modo, na fenomenologia não há a preocupação em explicar o fenômeno, apenas em descrevê-lo, visto que uma de suas características principais é a subjetividade. Isso costuma ser pouco valorizado pelos pesquisadores tradicionais, que se prendem mais ao objetivo.[13]

Nesse contexto, o sujeito é um ser pensante, dotado de uma consciência e tem uma história que deve ser considerada e valorizada. Assim, na investigação fenomenológica, acredita-se que as experiências vividas dão significado à percepção de cada pessoa sobre um fenômeno particular, sendo a meta de pesquisa descrevê-lo totalmente, bem como os sentimentos que ele faz surgir.[14]

Utilizamos como estratégia para descrever a experiência de estar internado a realização de entrevistas semiestruturadas e gravadas com os clientes internados na ala de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Marília (HC). O HC, ligado à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), iniciou o processo de construção de sua Unidade de Internação Breve no final da década de 1980, quando, então, foi criada uma ala diferente, pois era separada das outras alas do hospital por uma porta de ferro. Isso limitava o acesso aos doentes mentais, separando o transtorno mental das doenças físicas.[10] Atualmente, a porta de ferro foi substituída por uma porta convencional, sempre trancada a chave.

A ala é composta por sete leitos, recebendo, prioritariamente, clientes em primeiro surto para investigação diagnóstica e clientes com patologias crônicas em fase agudizada para reavaliação terapêutica. São aceitos indivíduos de ambos os sexo e não há restrição de idade para a internação. O espaço físico tem como composição: dois quartos grandes, com banheiro próprio, onde os clientes são divididos por sexo, um espaço multifuncional, reservado às refeições, atendimentos mais individualizados e atividades de terapia ocupacional, cozinha, posto de enfermagem e ambiente de interação, com sofás, mesas e aparelhos de som e televisão.

Após o cliente ter sido informado sobre as condições da pesquisa e ter assinado o Termo de Consentimento Livre, foi submetido à primeira entrevista, que ocorreu até o quinto dia de internação hospitalar. Já o segundo momento da entrevista aconteceu quando a alta hospitalar do cliente foi planejada. Pensou-se em dois momentos de entrevista, porque o pesquisador procura entrar no mundo do informante para ter pleno acesso às suas experiências, sendo necessárias, às vezes, duas entrevistas ou conversas distintas.[15]

As questões norteadoras das entrevistas compreenderam: a história da doença, como se deu a internação atual, sentimentos vivenciados dentro da ala, pontos positivos e negativos e sugestões de melhorias, finalizando com o pedido para que resumissem a internação em uma só palavra.

Os clientes participantes da pesquisa foram aqueles internados na ala de psiquiatria mediante as seguintes condições:

– se aceitaram participar do estudo,

– se, no momento do contato, estavam no limite de cinco dias de internação para ser feita a primeira entrevista.

Após várias leituras das entrevistas, foram destacados os trechos de cada uma delas que continham uma revelação expressiva do fenômeno "estar internado em uma ala de psiquiatria de um hospital geral". Esses

REME v13 n2.pmd 295 15/1/2010, 16:47

trechos foram agrupados em unidades temáticas, com a finalidade de clarear a estrutura do fenômeno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com oito pacientes, sendo quatro homens e quatro mulheres, escolhidos aleatoriamente, obedecendo, apenas, aos critérios da pesquisa. A idade dos entrevistados variou entre 23 e 54 anos. Em relação à escolaridade, um deles era analfabeto, um possuía o ensino médio incompleto, cinco já haviam completado o ensino médio e um estava cursando o ensino superior. Sobre o estado civil, quatro eram solteiros, um era amasiado e três eram casados. Três entrevistados não possuíam filhos, três tinham até dois filhos e dois com mais de dois filhos. Quanto à religião, um disse que era católico e três, evangélicos. Os demais não souberam definir sua religião. Em relação à ocupação, dois encontravam-se desempregados, um era recepcionista, um realizava atividades de secretaria, dois realizavam apenas tarefas domésticas e dois não trabalhavam dada a impossibilidade causada pela doença. O tempo em que os entrevistados permaneceram internados variou de 10 43 dias. Para quatro deles, essa foi a primeira internação psiquiátrica. Os outros já haviam sido internados.

A história da doença do entrevistado

Os entrevistados contaram como perceberam a manifestação dos sintomas da doença psiquiátrica:

> *Eu sentia muita angústia [...] de guardar muita coisa. Eu ouvia o que as pessoas falavam e guardava muito pra mim [...]. Isso me sufocava. [...] Comecei a tomar remédio por isso.* (Nuvem)

> *Tudo começou a partir de 1998 [...]. Tinha percepções que eu nunca tinha tido, acho que era meio assustador [...]. Eu só comecei a ouvir alguma coisa depois que eu ouvi dizer que tem pessoas que ouvem vozes [...]. Eu me sinto perseguido por um grupo [...], perseguido nesse sentido de não exercer mais do que o grupo pede. Essa mudança me afeta. [...]. Alguém te fala assim: você tem esquizofrenia e não tem cura. Então, você fala assim: nossa, eu vou ter que conviver com isso a vida inteira!* (Cometa)

> *Eu parei de comer [...]. Eu não comia mais, não queria mais estudar, aí eu não saía mais do quarto, não tomava mais banho, eu via vultos, ouvia vozes, tentei suicídio [...], comecei a tomar remédio e fiquei bem, mas eu ainda tinha um vazio, sabe? Aí eu comecei a comprar as coisas, só que eu não tinha como pagar [...]. Eu ficava desesperada, eu precisava comprar alguma coisa.* (Estrela)

> *Eu quero me matar perto dos outros [...], eu não conseguia controlar [...], ouvia voz e tô ouvindo voz [...]. Falavam: 'Se você não se matar [...], nós queremos te matar [...]'. Quando mais jovem nunca tive isso.* (Terra)

Por meio dessas falas, é possível perceber a doença psiquiátrica como fonte de grande sofrimento e quão difícil é conviver com ela. Os relatos demonstram bem a angústia, o vazio, o sufoco e o desespero ocasionados pela doença. Ao se pensar na reforma psiquiátrica e na consideração dos doentes mentais como pessoas, é pertinente acolhê-los nas enfermarias, quando houver necessidade de internação, pois esse local permite à equipe olhar com maior zelo para essas histórias cheias de sofrimento. Isso seria mais difícil nos hospitais psiquiátricos, dado o número excessivo de clientes internados.

Quando questionados sobre qual doença tinham, foi evidenciado que, apesar de todo o sofrimento citado nas falas acima, muitos não sabiam o que tinham. Apenas um paciente soube dizer com certeza o nome da doença e demonstrou ter conhecimento sobre ela:

> *O nome eu não sei [...], há 12 anos eu tomo medicamento antidepressivo, né?* (Nuvem)

> *Eu tenho transtorno bipolar, muita tristeza, dá ansiedade... Eu tenho síndrome do pânico... medo, uma tristeza muito grande.* (Lua)

> *Minha médica falou que eu poderia ter o transtorno bipolar, aí hoje a psiquiatra falou que não.* (Estrela)

> *De cinco anos pra cá, me falaram que era esquizofrenia, uma doença do pensamento. Aí eu comecei a procurar informações sobre isso e, de certa, forma aprender com a doença, né?* (Cometa)

Em seus discursos, relataram em quais circunstâncias a internação atual ocorreu:

> *Sentia que estavam me perseguindo pela internet, pela televisão [...]. Eu estava me sentindo mal, triste.* (Trovão)

> *Eu pendurei sem pensar um fio de extensão grossa e dei um laço no pescoço [...]. Dá uma coisa ruim aqui por dentro, vem um pensamento: 'se mata, se mata que eu te livro disso'.* (Terra)

> *Eu fiquei uma semana sem tomar os medicamentos, aí me internaram aqui.* (Nuvem)

> *Eu tinha uns DVDs pornôs, de terror, esses DVDs assim, meio ruins, que faz mal pra cabeça. Eu tive que queimar esses DVDs, mas isso aí assim pra fazer um pacto, mas não com o homem, entendeu? Com Deus! [...]. Fiquei com muita raiva, e minha mãe achou realmente que era o momento de mandar eu pra cá.* (Sol)

Nas duas primeiras falas, é possível perceber que os dias que antecederam a internação foram marcados por tristeza e desejo de aliviar os sentimentos negativos. Esses sentimentos, percebidos pelas demais pessoas, foram cruciais para que a internação ocorresse. Isso nos leva a pensar que somente após os indivíduos apresentarem comportamentos fora daqueles aceitos pela sociedade é que seus sentimentos foram

REME v13 n2.pmd 296 15/1/2010, 16:47

percebidos e valorizados. Somente a partir daí é que foi feita proposta de intervenção, a fim de minimizar o sofrimento.

Relações familiares e a doença

Os entrevistados relataram fatos das relações familiares que contribuíram para o surgimento ou agravamento da doença:

> *Já pensei em morrer várias vezes [...] por causa de problemas na família, coisas mal perdoadas, sabe?* (Trovão)

> *Porque ela* [a mãe] *machuca com as coisas que ela me fala e fica na minha cabeça, por isso eu não consigo levar nada pra frente [...]. Minha mãe tem o coração muito bom, só que ela exagera nas palavras dela*. (Estrela)

> *Depois que eu fiquei doente, ninguém* [da família] *nem olhava pra mim.* (Lua)

> *Meu pai corria atrás de mim [...]. Ele bebia muita pinga e corria atrás de mim pra me matar [...]. Minha mãe que queria deixar eu morrer porque ela não tinha condições de tratar da 'minemia'* [anemia]. (Terra)

> *Eu e meu marido, nós não se dá [...]. Ele é muito assim 'ingnorante' [...], não sabe conversar comigo [...]. Eu tô sofrendo, tudo culpa dele.* (Terra)

Nos relatos, é possível verificar que as relações familiares influenciam muito a vida dos portadores de transtornos psiquiátricos. As famílias que não conseguem conviver de forma amena com seu ente adoecido contribuem muito para o surgimento de novas crises e mais sofrimento para o portador de doença mental.[16] Portanto, para conseguir diminuir os índices de hospitalização, é fundamental que a família também seja tratada e educada no sentido de aprender a conviver com cada tipo de doença, pois só assim, com melhor estrutura familiar, o doente encontrará um ambiente que permita o aparecimento não somente do seu lado adoecido, mas também das suas capacidades preservadas.

Demonstraram os sentimentos envolvidos na internação

As falas dos entrevistados mostraram alguns sentimentos vivenciados na internação, como mágoa, revolta, medo e saudade:

> *Ah, foi sofrido, eu sofri muito aqui. Fico até ressentido [...]. Eu vou receber alta, mas a duras penas [...]. Tem dias que são terríveis [...]. Eu tenho medo de lembrar [...]. Deus queira que* [eu] *não volte.* (Céu)

> *Ninguém deveria ficar preso dessa forma, se não fosse realmente comprovada a loucura [...]. Quando me amarraram. eu me senti um animal acuado, sem poder fazer nada por mim mesmo.* (Sol)

> *Eu não esperava que fosse chegar nesse ponto.* (Terra)

> *É, eu tô com saudade de casa!* (Nuvem)

Foi relatado, também o sentimento de satisfação em relação à internação e aos cuidados prestados, além de o benefício de estar internado proporcionar momentos de reflexão:

> *Me atenderam bem [...]. Todos me tratam como pessoa [...]. Aaqui eu encontrei uma família. Estão cuidando bem, tem remédio na hora certinha.* (Nuvem)

> *Tem hora que a gente se sente preso [...], fica aflito [...]. Tem hora que você se sente totalmente livre e isolado do mundo, sozinho pra você pensar, fazer sua introspecção, relaxar.* (Cometa)

Suas falas também foram permeadas por sentimentos como medo e/ou ansiedade:

> *Eu quero te contar uma coisa que eu acho estranha, mas eu não sei se devo te contar...* (Trovão)

> *Dá um pouco de receio de falar...* (Cometa)

> *Olha, vai falar isso no meio dos outros não, vai?* (Terra)

> *O que eu posso falar?[...] Eu não quero falar de tudo.* (Céu)

Durante as entrevistas ficou muito evidente o receio dos entrevistados. Talvez esse dado seja um reflexo da marginalização e exclusão dos doentes mentais da sociedade. Assim, quando têm a oportunidade de ser escutados, não se sentem inteiramente à vontade e temem pelo conteúdo de seus discursos.

A internação foi descrita por um dos entrevistados como uma experiência atípica no início, mas confortadora no decorrer dela:

> *Ficar internado com pacientes da psiquiatria não é uma experiência muito boa [...] você fica meio assustado, parece que todo mundo é meio anômalo, mutante, meio louco mesmo [...]. Você vê ele como mais problemático que você [...]., Vai passando os dias e você vê que o que as outras pessoas falam é o que você pensa também [...] Você começa a perceber uma afinidade [...].* (Cometa)

Nessa fala, percebe-se que o convívio com outras pessoas, também portadoras de transtornos mentais, colabora para que o indivíduo não se sinta totalmente excluído. Pelo menos nesse ambiente ele pode ter contato com pessoas que enfrentam problemas semelhantes, ocorrendo uma identificação.

As falas dessas pessoas revelaram a aceitação ou não da internação e/ou doença mental:

REME v13 n2.pmd 297 15/1/2010, 16:47

Aí aconteceu isso aí [internação], *foi uma casualidade, pra mim foi bom. Foi uma coisa boa, mas na hora você não entende.* (Cometa)

Não, eu não tô [concordando com a internação], *porque pra mim eu sou normal. Todo mundo sabe que eu sou, minha família inteira. Eles só estão esperando o momento certo mesmo pra falar.* (Sol)

Nos seus discursos, foi possível identificar as contribuições trazidas com a internação:

A internação está sendo boa pra eu pensar na minha própria vida [...] eu me sinto preparado pra voltar. Já aprendi a conviver lá fora. (Trovão)

Eu sei que a hora que eu sair daqui vão surgir novos problemas, não acabou [...], mas não vou estar tão vulnerável a essas mudanças [...] a gente tá mais resistente. (Cometa)

Você tá vendo? Eu tô tomando remédio todo dia! Eu tô bem melhor agora. (Sol)

Do jeito que eu cheguei aqui pra ir embora boa, foi bom aqui pra mim. (Terra)

É curioso observar que a maioria dos entrevistados relatou a internação com sentimentos negativos, e um deles afirmou que não queria passar novamente por aquela experiência. No entanto, também admitiram a importância da internação e valorizaram alguns de seus aspectos, como os cuidados recebidos e o tempo para reflexão. Ao reconhecerem os benefícios de ficarem internados, alguns relataram que se sentiam mais fortalecidos e seguros para dar continuidade à vida do lado de fora da enfermaria.

Alguns entrevistados conseguiram resumir a internação em uma palavra:

Saúde. (Nuvem)

Estabilização. (Cometa)

Paciência, muita paciência, e como! (Sol)

É interessante observar que as palavras utilizadas para resumir o tempo que passaram no hospital são mais um indicador das contribuições benéficas da internação, embora seja necessário ter paciência para alcançá-las.

Impressões sobre a ala e o atendimento recebido

Os entrevistados relataram aquilo de que mais gostaram durante o tempo em que permaneceram internados:

Eu fiz bastante amigos aqui, foi legal por isso. (Trovão)

A equipe é muito boa [...], tá sempre socorrendo quando tem sufoco. (Nuvem)

O atendimento é bem rápido e eficiente [...]. As enfermeiras também são pacientes. (Cometa)

O número de pessoas! Aqui é mais personalizado [...] podem tirar dúvidas, te orientar, chamar o médico. (Cometa)

A alimentação é boa, a gente toma banho, tem a roupa pra trocar de roupa, roupa de cama, o lugar é arejado, bem ventilado [...]. (Cometa)

É um ambiente aconchegante, gostoso, bem limpinho. Eu gosto da minha cama! (Estrela)

De ser cuidado, talvez. (Sol)

O que foi relatado neste tópico demonstra que aquilo de que mais gostaram durante a internação foram alguns fatores que normalmente são encontrados nos ambientes familiares saudáveis, sendo uma experiência nova para muitos deles, como o recebimento de cuidados, a paciência durante a abordagem, a possibilidade de maior diálogo e o ambiente com características acolhedoras.

Durante as entrevistas, tiveram a oportunidade de citar aspectos de que não gostaram em relação à internação e estrutura física da ala:

Não tem privacidade, tem que ficar se escondendo [...]. Quando chega os familiares, a gente quer ficar com os familiares, só. (Trovão)

Eles não colocam um prazo pra gente, eu não faço ideia do dia que eu vou sair. (Trovão)

Tipo assim, porta com fechadura! [...] você já tá limitado, né? [...] Te colocam uma televisão na frente que mostra tudo do mundo [...] e que interfere na nossa vida aqui dentro [...]. Te jogam lá na frente e ao mesmo tempo te restringe aqui atrás. (Cometa)

Que eu não tenha gostado são as pessoas, os pacientes mesmo [...]. Sempre tem alguma coisa ruim em cada paciente [...]. O problema da pessoa ser captado [...] criava problema pra mim. (Céu)

Eu ficava sem ter o que fazer. (Céu)

Eu pensei que fosse maior aqui [...]. Aqui é horrível, eu acho uma prisão, um quarto e uma sala e uma cozinha pra comer. (Lua)

Tem grade e tudo, é como se fosse prisão [...]. A gente não pode nem escolher o horário que vai dormir. (Trovão)

A estrutura física da ala, que não proporciona privacidade, a ociosidade e as normas da unidade foram os fatores citados que menos agradaram aos entrevistados.

Além disso, Trovão, em sua fala, demonstra insatisfação por não saber o tempo que permanecerá internado. A velocidade da redução dos sintomas que levaram à

REME v13 n2.pmd 298 15/1/2010, 16:47

internação influencia muito na duração desta.[17] Assim, é possível pensar que, quando os pacientes não são colocados a par do planejamento do seu tratamento e não fazem parte de sua construção, sentem-se ansiosos pela incerteza de quanto tempo permanecerão internados. Desse modo, é possível que essa incerteza contribua para prolongar o tempo de internação, uma vez que a ansiedade pode agravar os sintomas.

A vivência da internação permitiu que sugestões de melhorias fossem feitas:

> *Ah, alguém fumando no banheiro, isso eu mudaria [...], é incômodo isso*. (Nuvem)

> *Eu colocaria professor de Educação Física pro pessoal se exercitar do lado de fora, quando visse que a pessoa tava boa... Ficar do lado de fora, dar passeio às vezes, andar [...], tendo aquele entretenimento pra pessoa fazer, a pessoa não fica com a cabeça no mundo da lua... e não fica muito pensativa.* (Sol)

> *Mais espaço, mais atividade, pintar pano, bordar, jogar bola, vôlei*. (Lua)

É interessante observar no item sugestões de melhorias que os próprios entrevistados reconhecem a importância de aumentar as atividades terapêuticas da ala. As atividades por eles sugeridas representam muito mais que apenas um momento de lazer, pois elas permitem o combate da anedonia, fazendo com que se sintam mais motivados a concluir as atividades iniciadas.[18] Com a execução das diversas atividades propostas, também, a criatividade é estimulada, permitindo que aos poucos a pessoa se torne mais organizada e passe a acreditar mais em si mesma quando verifica que consegue alcançar os objetivos propostos.

Religião

O contexto religioso pode ser percebido nos relatos como fonte de conforto ao sofrimento vivenciado:

> *É bom a gente passar por essas coisas porque é Deus que permite. [...] Eu sofro de bom grado no nome dEle.* (Sol)

> *As pessoas falavam que a maioria das pessoas tem uma diferença uma da outra [...]. Há uma diferença, e Deus gosta dessas coisas.* (Cometa)

Em uma das falas é possível perceber a influência da religião no adoecimento mental:

> *Na bíblia está escrito: 'Aquele que quiser vir a mim é só mostrar que está disposto' [...]. O único pacto que eu posso fazer com Jesus Cristo aqui agora é este, dando o que mais tem valor na minha vida, dando o que mais tem valor na minha vida pra mim de material [...]. Eu devia muito pra Cristo [...] porque eu já errei demais na minha vida [...], até meu filho veio do pecado [...]. Eu quero lavar esses pecados, e é isso que ninguém entende.* (Sol)

Uso de medicação

O discurso sobre o uso das medicações foi um dos tópicos mais surpreendentes das entrevistas, vistos das seguintes facetas: efeitos colaterais, desconhecimento sobre o uso deles e falta de adesão e reconhecimento do seu efeito terapêutico:

> *No primeiro dia eu estava bom, mas troca remédio, tira remédio, põe remédio, aí a gente fica mal, a gente piora, fica 'lezinho'.* (Céu)

> *Eles dão remédio, e eu nem sei o que é, eu pergunto e eles não falam o que é.* (Trovão)

> *Se ele me desse mais instruções de como funciona o tratamento, qual o efeito do remédio, como ele se comporta [...]. Por que tomar uma injeção? Não entram em detalhe [...]. Eu tenho que tomar uma injeção uma vez por mês para não ficar grávido? Será que eu tenho raiva animal?* (Cometa)

> *Agora está um pouco melhor, porque estavam me dopando demais [...], me dando remédio demais, mas agora, não.* (Sol)

> *Acho que é um mínimo de direito que a gente tem de dar um tempo na medicação e ver o que está acontecendo* (Cometa)

> *Agora que eu tô tomando remédio melhorou [...]. Eu vou continuar tomando remédio, né? Se eu não tomar, [...] eu fico só 15 dias bem, depois já venho escutando vozes*. (Terra)

> *Se eu tiver boa aqui [...], você acha que eu não vou querer tomar os remédios lá fora?* (Lua)

Pelas falas dos entrevistados, ficou evidente que a questão da medicação é muito presente entre eles, sendo tanto uma forma de alívio para os sintomas, como destacado por Terra e Lua, quanto prejudicial quando deixam de tomá-los. A não adesão ao tratamento medicamentoso, percebido durante as entrevistas, é um tema exaustivamente discutido pelas literaturas. Estima-se que 50% dos pacientes psiquiátricos não aderem ao tratamento, recebendo influência direta dos longos anos de convivência com a doença, do espaço de tempo relativamente prolongado entre cessar o uso de medicamentos e as crises de recaídas, que não lhes permitem associar um fato ao outro, bem como os efeitos adversos das medicações.[19]

Quanto à falta de adesão, são interessantes as falas de Trovão e de Cometa, que se queixam da falta de informações sobre os medicamentos em uso. A melhor estratégia para melhorar a adesão é educar as pessoas nesse sentido, dando-lhes informações sobre os medicamentos, instruindo-as sobre os efeitos colaterais, destacando os benefícios em curto e longo prazos e, acima de tudo, envolvendo-os no processo de escolha do melhor medicamento a ser tomado.[19]

REME v13 n2.pmd 299 15/1/2010, 16:47

Internações anteriores em hospital psiquiátrico

Alguns entrevistados já haviam sido internados em hospitais psiquiátricos da região e contaram essa experiência:

> *Deus me perdoe, mas se algum dia me falar que eu vou* pro [hospital psiquiátrico], *eu não vou, e vou pra casa do mesmo jeito que eu tô [...]. Ou eu fugia ou me matava. Deus me livre lá não é lugar de gente, não!* (Terra)

> *Ficar internado aqui [...], de certa forma, amenizou [*a lembrança da internação em hospital psiquiátrico]. *Foi um atenuante para o trauma que eu acredito que no futuro eu teria quando eu lembrasse do outro internamento [...]. Internação, geralmente, causa um trauma [...]. Você já pensa em tratamento de choque, em doses excessivas, esse tipo de coisa.* (Cometa)

Embora este tópico não fizesse parte do roteiro de entrevista, ele se mostrou bastante presente nos relatos. Essas falas traduzem bem o que os entrevistados sentiam nas internações em hospitais psiquiátricos e demonstram preferência por internações breves em hospital geral. Eis mais um motivo para que o processo de desinstitucionalização continue, com base na própria opinião de quem vivenciou a internação nos dois tipos de serviços.

Futuro

Quanto às perspectivas para o futuro, foi possível identificar:

> *Eu quero parar de tomar remédio e não ser mais dependente. Queria ficar inteiramente boa.* (Lua)

> *Preparada pra encarar meu serviço de novo, né? Eu vou conseguir, se Deus quiser.* (Terra)

> *Agora tenho que arrumar dinheiro para cuidar do meu neném, trabalhar...* (Sol)

> *Me formar em filosofia, me casar [...], depois. viajar pelo país.* (Trovão)

> *Ficar firme e continuar o tratamento e procurar emprego.* (Cometa)

> *O relacionamento com os estudantes recém-formados [...] é muito bom [...]. Faz a gente sonhar também em voltar a estudar, é gratificante.* (Cometa)

Essas perspectivas para o futuro refletem bem as contribuições da internação, uma vez que, na primeira entrevista, os entrevistados, em sua maioria, mostraram-se chorosos, delirantes, desestimulados e desencorajados, revelando um momento de grande sofrimento. Ao verificar as falas citadas acima, é possível perceber uma grande evolução entre a primeira e a segunda entrevista, que se deu próximo ao momento da alta hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinstitucionalização vem sendo, atualmente, um tema bastante discutido pelas literaturas. Com os resultados apresentados neste trabalho, é possível perceber a importância de ouvir aqueles que passam por esse processo. A escuta dos clientes com transtornos psiquiátricos internados na enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Marília mostrou-se surpreendente, pois permitiu maior compreensão do fenômeno "estar internado em uma ala de psiquiatria de um hospital geral".

Os indivíduos entrevistados expressaram suas percepções e sentimentos, apontaram os pontos fortes e fracos da internação, sugeriram melhorias, dentre outros temas que, embora não estivessem previstos, se mostraram fundamentais na vida dessas pessoas, como: religião, relações familiares, medicações, relato da experiência de internações antigas em hospital psiquiátrico e perspectivas para o futuro.

No início do trabalho, foi abordada a dificuldade de ouvir o que os portadores de transtornos psiquiátricos têm a dizer, em decorrência do preconceito ainda existente. Entretanto, os próprios entrevistados não se sentiram à vontade durante os relatos, revelando uma nova faceta desse processo. Demonstraram receio do conteúdo de suas falas e grande ansiedade, talvez por não estarem habituados a ter voz ativa na sociedade e no ambiente familiar.

Foi possível identificar, na escuta dos clientes internados, bastante sofrimento ocasionado pela doença psiquiátrica, quando utilizaram algumas palavras que lhes imprimem o significado da doença na vida: angústia, vazio, sufoco e desespero. Essa condição afeta-lhes muito a vida, sendo que alguns relataram terem tido as atividades do cotidiano interrompidas quando pararam de comer, de tomar banho e de estudar, além do medo de não alcançarem as expectativas da sociedade.

O motivo da internação foi a exacerbação do sofrimento, quando passaram a ter comportamentos não aceitos pela sociedade, tais como pensamentos suicidas, sinais de persecutoriedade e delírios. O fato de serem notados somente nesse momento não anula o que já vinham sentindo em momentos anteriores à crise que os levou à internação.

Dois agravantes do quadro patológico relatados foram as condições familiares doentias e o uso incorreto de medicações. Os entrevistados relataram que se sentiram desprezados pelos familiares depois que adoeceram, feridos pelas palavras usadas no contato e por coisas mal perdoadas na família que lhes afetam a condição atual.

Os sentimentos presentes na internação foram mágoa, revolta, medo e saudade. No entanto, os entrevistados reconheceram os benefícios no decorrer da internação, quando destacaram o cuidado recebido, o tempo que tiveram para reflexão, a paciência da equipe para com eles, a possibilidade de diálogo e o ambiente acolhedor. Ou seja, condições normalmente encontradas num

REME v13 n2.pmd 300 15/1/2010, 16:47

ambiente familiar saudável e com o qual eles não estão habituados a conviver.

Algo também significativo é que a internação permitiu uma identificação com os outros clientes internados. Para as pessoas que estão acostumadas a ser desvalorizadas e desconsideradas pela sociedade e muitas vezes até mesmo pelos familiares, a experiência da internação pode ser encarada como uma oportunidade de conhecer pessoas e de estabelecer relações de cordialidade, ao sentirem que não são as únicas no mundo. É uma forma de se sentirem incluídos no meio daqueles que constantemente são excluídos do convívio social.

Ao final das entrevistas, os pacientes resumiram a internação em uma só palavra e falaram sobre as perspectivas para o futuro. Esses dados demonstram a grande melhora do estado emocional proporcionado pela internação, já que no primeiro momento de entrevista se mostraram chorosos, desesperançosos e sem perspectiva de vida.

Por meio das entrevistas, ficou evidente a riqueza de informações fornecidas pelos entrevistados, que não podem ser desconsideradas: a fala dos indivíduos, mostrando seus anseios e necessidades, deve ser valorizada e, inclusive, fazer parte do plano de assistência e tratamento do doente.

Espera-se que este trabalho proporcione melhorias para a enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Marília, que sirva de reflexão para os estudantes e profissionais da área da saúde que apoiam o processo de desinstitucionalização, e que seja uma fonte de inspiração para a realização de mais trabalhos voltados para este tema, afinal "[...] a pesquisa sempre prossegue, nunca estará concluída, pois haverá sempre novas verdades a serem desocultadas".[12:92]

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio e a colaboração de Antônio Carlos Siqueira Júnior, Christian Adriano Garcia Martinez, Maria José Sanches Marin, Rosa Maria Batista Dantas, Adalberto Jesus Silva da Rosa e a toda equipe da Ala de Psiquiatria do HC, sem os quais este trabalho não poderia ter sido concluído.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MA, Labate RC, Farias FLR. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm. 1998; 11(3):52–9.

2. Postel J, Quétel C, compiladores. Historia de la psiquiatria. México: Fondo de Cultura Econômica; 1993.

3. Alexander FG, Selesnick ST. História da psiquiatria. São Paulo: Ibrasa; 1966.

4. Soares PFB. A psiquiatria no hospital geral: resistências. Rev HCPA Fac Med Univ Fed Rio Gd Sul. 1987; 7(3): 143–5.

5. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.

6. Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(5):672-7.

7. Pacheco MA, Cataldo Neto A, Menezes F, Krieger CA, Bersano L, Gil A. Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2003; 25 (Suppl 1):106-14.

8. Miranda CML. Internação psiquiátrica e reabilitação psicossocial. J Bras de Psiquiatr. 1998; 47(9):437-9.

9. Winicott DW. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos (1963). In: Winicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed; 1983.

10. Boselli LRV. Uma porta ainda nos separa do mundo: a inserção de uma enfermaria psiquiátrica no âmbito de um hospital geral. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1992.

11. Oliveira LH, Miranda CML. A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2000; 4(1):95-104.

12. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. Rev Latinoam Enferm. 1994; 2(1):83-94.

13. Rosa AJS. Escutando o dependente do álcool: uma abordagem compreensiva. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

14. Polit DF, Beck CT, Hungler BH. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

15. Terra MG, Silva LC, Camponogara S, Santos EKA, Souza AIJ, Erdmann AL. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(4):672-8.

16. Moreno V, Alencastre MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2): 43-50.

17. Hallak JEC, Zuardi AW. Enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais: tempo de permanência dos pacientes. In: Zuardi AW, Marturano EM, Figueiredo MAC, Loureiro SR, organizadores. Estudos em saúde mental. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 1998.

18. Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 Suppl 1: S156-8.

19. Rosa MA, Elkis H. Adesão em esquizofrenia. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo). 2007; 34 (Suppl 2):189-92.

Data de submissão: 1/10/2008
Data de aprovação: 15/7/2009

REME v13 n2.pmd 301 15/1/2010, 16:47

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utiliz ação do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão Teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de Experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos Reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: são as instruções aos autores referentes a apresentação física dos manuscritos, nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão –*peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;

b) avaliados quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME - (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento aos consultores;

c) encaminhados ao Editor Geral que indica o Editor Associado que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;

d) remetidos a dois consultores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após recebimento dos pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final e este, é encaminhado ao Editor Geral que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados pelo correio, gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5cm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 As partes dos manuscritos

Todo manuscrito deverá apresentar a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo- nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; **Resumo** e Palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <http://decs.bvs.br/>. O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

REME v13 n2.pmd 303 15/1/2010, 16:47

Página 3: a partir desta página apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo **título em português**, que inclui:

b) Texto: - introdução;
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
em espanhol: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database"- Medline/Pubmed, disponível em: <http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecologia (IBICT), disponível em: <http://www.ibict.br.>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF. 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades** devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, declaração de colaboração na realização do trabalho e declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais para a REME (modelo disponível no site).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/196/96.

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG – Campus Saúde
Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104 , Bloco Norte
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte/MG – Brasil
Contato: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.
Versão de setembro de 2007

REME v13 n2.pmd 304 15/1/2010, 16:47

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 Graphical layout

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 cm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 Parts of the manuscripts

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

a) Preliminary pages:

Page 1: **title and subtitle** – in Portuguese, English and Spanish. Authors: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. **Indication of paper category**: Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; *Resumo e palavras-chave;* Abstract and key-words; *Resumen e palavras clave* (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at http://decs.bvs.br/ .

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

REME v13 n2.pmd 305 15/1/2010, 16:47

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:

- Introduction;

- Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);

- Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 Requirements for manuscripts:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
Spanish: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <http://www.ibict.br.

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations,measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspondence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enf.ufmg.br/reme.php)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS 196/96.

Manuscripts that received financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsability Agreement and Copyright Transfer Agreement and also a statement informing that there are no personal, comercial, academic, political or financial interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:

ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104 - Bloco Norte
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte/MG – Brasil
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6. EDITORS RESPONSIBILITY

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

REME v13 n2.pmd 306 15/1/2010, 16:47

REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1 – SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME - Revista de Enfermería de Minas Gerais - es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais - UFMG - conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais: Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora - UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2 - SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3 - SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consultores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especialistas en el área pertinente, mantenidos en anonimato, seleccionados de un registro de revisores, sin identificación de los autores ni del lugar de origen del manuscrito. Los revisores siempre pertenecen a instituciones diferentes de aquélla de origen del autor del manuscrito;

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4 - SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 Presentación gráfica

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa "Word for Windows", versión 6.0 ó superior, letra "Times New Roman", estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 2,5cm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 Las partes de los manuscritos

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; **Autor(es)-** nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; **Indicación de la categoría del artículo**: investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; **Resumen** y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: http://decs.bvs.br/.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

REME v13 n2.pmd 307 15/1/2010, 16:47

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del **título en portugués** que incluye:

b) Texto: - introducción;

- desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios);

- conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 Sobre la normalización de los manuscritos:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
En español: http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm
En inglés: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html >

Las **referencias** deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Las **citaciones en el texto** deberán indicarse con numero arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del articulo.

Los **títulos de las revistas** deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Instituto Brasileño de Información en Ciencia y Tocología, disponible en: <http://www.ibict.br.>

Las **ilustraciones** deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE , 3ª ed. , 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un titulo e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej.: (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias.

5 - SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME (Modelo disponible en: www.enf.ufmg.br/reme.php)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) - Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS 196/96. - REME – Rev. Min. Enf.;11(1):99-107, jan/mar,2007 - 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:
At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104, Bloco Norte
CEP 30130- 100 - Belo Horizonte/ MG – Brasil

6 - SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)

REME v13 n2.pmd 308 15/1/2010, 16:47

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

ASSINATURA ANUAL | *ANNUAL SUBSCRIPTION* | *SUSCRIPCIÓN ANUAL*

Periodicidade Trimestral | *Every Quarter* | *Periodicidad Trimestral*

Nome/*Name/ Nombre* ou Instituição assinante: _____

Endereço / *Adress / Dirección:* _____

Cidade / *City / Ciudad:* _____ País / *Country / Pais:* _____

UF / *State / Provincia:* _____ CEP / *Zip Code / Código Postal:* _____

Tel. / *Phone / Tel.:* _____ Fax: _____ Celular / *Cell Phone / Cellular:* _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / *Occupation / Profesión:* _____

Data / *Date / Fecha:* _____/_____/_____

Assinatura / *Signature / Firma:* _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário, por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)
Send your subscription to:
Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:
BANCO DO BRASIL
Agência / *Branch Number / Sucursal Número: 1615-2*
Conta / *Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1*
Código identificador/ *Identification code/ Clave de identificación: 4828011*

Valores Anuais:
Individual: R$100,00 ( ) US$80,00 ( )
Institucional: R$150,00 ( ) US$100,00 ( )

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
REME – Revista Mineira de Enfermagem

Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104 - Bloco Norte
Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefax: +55 (31) 3409-9876
HOME PAGE: www.enf.ufmg.br/reme.php

REME v13 n2.pmd 310 15/1/2010, 16:47