

ISSN 1415-2762

**REME**

Revista Mineira  
de Enfermagem

Nursing Journal  
of Minas Gerais

Revista de Enfermería  
de Minas Gerais

VOLUME 11, NÚMERO 3, JUL./SET. DE 2007

#### EDITOR GERAL

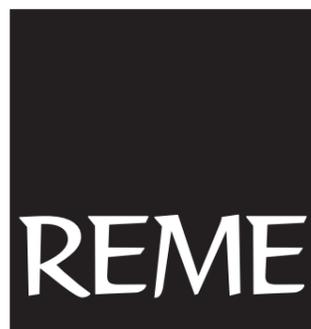
Francisco Carlos Félix Lana  
Universidade Federal de Minas Gerais

#### EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Edna Maria Resende  
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  
Aline Cristine Souza Lopes  
Universidade Federal de Minas Gerais  
André Petitat  
Université de Lausanne-Suíça  
Anézia Moreira Faria  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Carmen Gracinda 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  
Daclê 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  
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



#### Revista Mineira de Enfermagem

Luiza Akiko komura Hoga  
Universidade de São Paulo - SP  
Magali Roseira Boemer  
Universidade de São Paulo – RP  
Márcia Maria Fontão Zago  
Universidade de São Paulo – RP  
Marga Simon Coler  
University of Connecticut-USA  
María Consuelo Castrillón  
Universidade de Antioquia – Colômbia  
Maria Flávia Gazzinelli  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Maria Gaby Rivero Gutierrez  
Universidade de São Paulo – SP  
Maria Helena Larcher Caliri  
Universidade de São Paulo – SP  
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 de 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

---

**REME - REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM**  
**Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG**

**Em parceria com:**

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

**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 Delfrano Carmo**

Fundação de Ensino Superior de Passos – MG

**Sandra Maria Coelho Diniz Margon**

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG

---

**Indexada em:**

BDENF - Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPS.  
CINAHL - Cumulative Index Nursing Allied Health Literature  
CUIDEN - Base de Datos de Enfermería en Español.  
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 – OPS  
LATINDEX - Sistema Regional Eletrônico de Informação  
sobre Registros Científicos

**Formato eletrônico disponível em:**

[www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br)  
[www.periodicos.capes.ufmg.br](http://www.periodicos.capes.ufmg.br)

**Projeto Gráfico, Produção  
e Editoração Eletrônica**

Brígida Campbell  
Iara Veloso  
CEDECOM - Centro de Comunicação da UFMG

**Editoração e Impressão**

Editora e Gráfica O Lutador – Walter Santos

**Normalização Bibliográfica**

Maria Piedade Fernandes Ribeiro CRB/6-601

**Revisão de texto**

Maria de Lourdes Costa (Português)  
Mônica Ybarra (Espanhol)  
Charles Bacon (Inglês)

**Secretaria Geral**

Joana Paula de Souza - Secretária executiva  
Alex Nunes Santos e Suellen Aparecida de Faria Medeiros Pinto  
Bolsistas da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP/  
UFMG)

**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@enfermagem.ufmg.br](mailto:reme@enfermagem.ufmg.br)  
Atendimento Externo: 14:00 às 18:00 h

**Assinatura**

Secretaria Geral - Telefax: (31) 3409 9876  
E-mail: [reme@enfermagem.ufmg.br](mailto:reme@enfermagem.ufmg.br)

Revista filiada à ABEC - Associação Brasileira de Editores  
Científicos

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

<b>EDITORIAL</b> .....	225
<b>PESQUISAS   RESEARCH   INVESTIGACIÓN</b>	
<b>COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA: ATIVIDADES EMPREGADAS VS. ATIVIDADES PROPOSTAS NA LITERATURA</b> .....	227
IMPAIRED VERBAL COMMUNICATION: ACTIVITIES IN PRACTICE VS. ACTIVITIES PROPOSED IN LITERATURE	
COMUNICACIÓN VERBAL PERJUDICADA: ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO vs. ACTIVIDADES PROPUESTAS EN LA LITERATURA	
Débora Oliveira Favretto Emília Campos de Carvalho Sílvia Rita Marin da Silva Canini Lívia Maria Garbin	
<b>RECONHECIMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: UMA CONTRIBUIÇÃO</b> .....	233
RECOGNITION OF NANDA NURSING DIAGNOSIS: A CONTRIBUTION	
RECONOCIMIENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE NANDA: UNA CONTRIBUCIÓN	
Tânia Couto Machado Chianca Cristiane Chaves de Souza Flávia Falci Ercole Adelaide De Mattia Rocha	
<b>PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO RISCO</b> .....	238
PAINFUL PROCEDURES IN LOW RISK NEONATES	
PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO RIESGO	
Mariana Bueno Andréia da Silva	
<b>FATORES ASSOCIADOS À COMBINAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA EM MULHERES</b> .....	242
BODY MASS INDEX AND WAIST CIRCUMFERENCE COMBINATION IN WOMEN AND ASSOCIATED FACTORS	
FACTORES ASOCIADOS A LA COMBINACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA EN MUJERES	
Christiane Motta Araujo Gustavo Velásquez-Meléndez	
<b>VIOLÊNCIA SOFRIDA PELAS PROFISSIONAIS DO SEXO DURANTE SEU TRABALHO E AS ATITUDES TOMADAS APÓS SEREM VITIMADAS</b> .....	248
VIOLENCE AGAINST SEX WORKERS DURING THEIR WORK And WHAT THEY DO AS A RESULT	
VIOLENCIA PADECIDA POR LAS PROFESIONALES DEL SEXO DURANTE SU TRABAJO Y ACTITUDES TOMADAS DESPUÉS DE LA VICTIMACIÓN	
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto Joze da Silva Oliveira José Rocha	
<b>REFLETINDO SOBRE A SEXUALIDADE DA MULHER MASTECTOMIZADA</b> .....	254
REFLECTION ON THE SEXUALITY ON MASTECTOMIZED WOMEN	
REFLEXIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD DE LA MUJER MASTECTOMIZADA	
Anézia Moreira Faria Madeira Geovana Brandão Santana Almeida Maria Cristina Pinto de Jesus	

<b>INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E GESTAÇÃO: DESEJOS E POSSIBILIDADES</b> .....	258
CHRONIC RENAL FAILURE AND PREGNANCY: HOPES AND POSSIBILITIES	
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EMBARAZO: DESEOS Y POSIBILIDADES	
Thatiane Lopes Oliveira	
José Márcio Girardi de Mendonça	
Roseni Rosangela de Sena	
<b>INFLUÊNCIA DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA QUALIDADE DE VIDA DO SER HUMANO: (RE)DESVELANDO SIGNIFICADOS</b> .....	265
INFLUENCE OF THE PROCESS OF AGING IN THE QUALITY OF LIFE OF HUMAN BEINGS: DISCOVERING MEANINGS	
INFLUENCIA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL SER HUMANO: REVELANDO SIGNIFICADOS	
Josiane de Jesus Martins	
Daniela Couto Carvalho Barra	
Erli Alexandrina de Souza	
Zeli Maria de Oliveira Nostrani	
Eliane Regina Pereira do Nascimento	
Alacoque Lorenzini Erdmann	
Gelson Luiz Albuquerque	
<b>ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ALTO VALE DO JEQUITINHONHA/MG</b> .....	272
NUTRITIONAL STATUS AND FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM, IN THE UPPER JEQUITINHONHA VALLEY, BRAZIL	
ESTADO NUTRICIONAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE ANCIANOS ATENDIDOS POR EL PSF DEL ALTO VALLE DEL JEQUITINHONHA/MG, BRASIL	
Percillianna Aparecida Ferreira Alves	
Vanessa Silva Santos	
Rosana Passos Cambraia Beinner	
Nadja Maria Gomes Murta	
<b>PERFIL VACINAL REFERIDO PELOS GRADUANDOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS</b> .....	278
VACCINATION PROFILE OF STUDENTS GRADUATING FROM HEALTHCARE COURSES IN THE STATE OF GOIÁS, BRAZIL	
PERFIL DE VACUNACIÓN DE ALUMNOS DE CURSOS EN EL ÁREA DE SALUD EN EL ESTADO DE GOIÁS	
Silvana de Lima Vieira dos Santos	
Adenícia Custódia Silva e Souza	
Anaclara Ferreira Veiga Tipple	
Sheila de Araújo Teles	
<b>SÍFILIS CONGÊNITA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UM MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL</b> .....	285
CONGENITAL SYPHILIS: EPIDEMIOLOGY OF A CITY IN THE STATE OF ESPIRITO SANTO, BRAZIL	
SÍFILIS CONGÉNITA: RASGO EPIDEMIOLÓGICO DE UN MUNICIPIO DE ESPÍRITO SANTO, BRASIL	
Cândida Caniçali Primo	
Brena Maria Silva	
Bruna Ferrari Campos Richa	
<b>DOCENTES DE ENFERMAGEM: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO</b> .....	291
NURSING FACULTY: PLEASURE AND SUFFERING AT WORK	
DOCENTES DE ENFERMERÍA: PLACER Y SUFRIMIENTO EN EL TRABAJO	
Fábio da Costa Carbogim	
Angela Maria Correa Gonçalves	

<b>GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS NA PESQUISA EM ENFERMAGEM</b> .....	297
FOCAL GROUP AS A TECHNIQUE FOR DATA COLLECTION IN NURSING RESEARCH	
GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS EN INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA	
Tarsila Pivetta Severo	
Adriana Dora da Fonseca	
Vera Lúcia de Oliveira Gomes	
<b>GERENCIAR EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO À LUZ DAS IDÉIAS DE HUBERTO MATURANA</b> .....	303
NURSING MANAGEMENT: A DISCUSSION IN THE LIGHT OF THE IDEAS OF HUBERTO MATURANA	
ADMINISTRAR EN ENFERMERÍA: UNA REFLEXIÓN A LA LUZ DE LAS IDEAS DE HUBERTO MATURANA	
Silviamar Camponogara	
Vania Marli Schubert Backes	
<b>CARACTERIZAÇÃO DAS PESQUISAS PUBLICADAS NA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 1997-2005</b> .....	311
CHARACTERIZATION OF RESEARCHES PUBLISHED IN THE REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 1997-2005	
CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN PUBLICADOS EN LA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 1997-2005	
Marcelo Klu	
Diego Schaurich	
Maria da Graça Corso da Motta	
<b>ACIDENTES DE TRABALHO: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA DA ÁREA DA SAÚDE</b> .....	317
OCCUPATIONAL ACCIDENTS: AN ANALYSIS OF THE BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION IN HEALTH	
ACCIDENTES DE TRABAJO: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA BRASILEÑA EN LA ÁREA DE SALUD	
Adriana Cristina Oliveira	
Maria Henriqueta Rocha Siqueira Paiva	
<b>O TEMPO: UMA QUESTÃO NO ENSINO DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA</b> .....	323
TIME: AN ISSUE IN TEACHING PSYCHIATRIC NURSING	
EL TIEMPO: UNA CUESTIÓN EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA	
Teresa Cristina da Silva	
Paula Cambraia Mendonça Vianna	
Marília Rezende da Silveira	
<b>A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS</b> .....	331
THE NURSING PROCESS AS A STRATEGY FOR CHANGES IN THE LIFESTYLE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION	
CONSULTAS DE ENFERMERÍA COMO ESTRATÉGIA PARA CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS	
Salette Maria de Fátima Silqueira	
Mércia de Paula Lima	
Daniela de Cássia Pereira da Cunha	
Ana Carolina Soares de Faria Lemos	
Juliana Rocha Pereira	
Paula Lamounier Lima	



### DESAFIOS PARA ESCREVER E PUBLICAR.

O momento atual coloca enormes desafios tanto para quem escreve quanto para os veículos de divulgação científica, nas diferentes formas. O desenvolvimento acelerado das pesquisas científicas e as exigências dos órgãos de fomento para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e dos consumidores tornaram imprescindível o aprimoramento dos veículos de divulgação científica, incorporando novos formatos e mecanismos de avaliação. Além disso, os recursos da informática e a internet têm proporcionado impressionante ampliação das possibilidades de acesso à produção acadêmica.

Escrever é, antes de qualquer coisa, ter idéias. É ver a coerência entre idéias diferentes à luz dos argumentos que apresentamos, testando a pertinência da interpretação da realidade sobre a qual estamos falando, mas, também, é inventar, criar, revelar nossas idéias e associações, permitindo encontrar novos caminhos para a pesquisa. Se uma pesquisa não é publicada, é o mesmo que dizer que ela não aconteceu.

Escrever não é simplesmente transpor o que pensamos para o papel, pois nos obriga a argumentar, o que faz com que exista uma grande diferença entre o pensado e o escrito. A ansiedade presente no ato de escrever revela, em grande parte, a busca do argumento, da precisão para a idéia e da melhor forma para expressar a realidade e o trabalho sobre a qual desejamos escrever. Não raro nos confrontamos com a dificuldade em conceitualizar e avançar e, ao mesmo tempo, manter fidelidade às nossas idéias sobre a realidade ou aos nossos princípios.

Por outro lado, um periódico é responsável pela divulgação do conhecimento científico, mas, também, pela padronização do formato de seu conteúdo, expressa nas instruções aos autores e avaliadores, um trabalho meticuloso que visa à internacionalização do acesso e à divulgação da produção científica. Cada periódico define seu formato tendo como base critérios de cientificidade e regras gerais de normalização. Assim, cada autor deve observar a orientação do periódico para o qual deseja enviar sua produção ao começar a escrever, pois adaptações posteriores implicam exigências que se assemelham ao ato de começar um texto novo.

Os periódicos da área de Enfermagem são considerados um componente importante para a consolidação da área como parte da ciência brasileira. Em geral – e na Enfermagem não é diferente – os periódicos científicos enfrentam contradições e desafios. Nos últimos anos e de forma coletiva, têm passado por transformações no que diz respeito às normas de publicação e à qualidade dos artigos visando atender aos critérios de internacionalização. Torna-se importante ressaltar os grandes esforços feitos para aumentar o número de artigos de qualidade recebidos, aprimorar a avaliação pelos consultores e agilizar a devolução aos autores para as revisões necessárias. Isso é essencial para obtermos um produto final de qualidade e com valor reconhecido internacionalmente, assegurando, ainda, a periodicidade das revistas e sua qualidade. Nesse sentido, os papéis do editor e do diretor de um periódico têm sido fundamental para os avanços alcançados até agora e para as novas estratégias, principalmente considerando as necessidades de publicação nos diversos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem. Os pesquisadores devem estar atentos aos consumidores cada vez mais críticos das idéias, dos argumentos, da interpretação da realidade, nos diferentes formatos e técnicas de divulgação adotados pelas revistas de veiculação da pesquisa de forma globalizada.

Enfim, o ato de escrever e o ato de publicar não podem ser vistos isoladamente ou ser considerados tarefas simples. Cada periódico que nos chega em mãos, como consumidores da produção, exigiu uma série de esforços por parte dos pesquisadores, dos avaliadores, dos revisores, dos editores, dos diretores e dos bibliotecários responsáveis pela sua publicação.

Marília Alves  
Diretora da Escola de Enfermagem da UFMG



## COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA: ATIVIDADES EMPREGADAS VS. ATIVIDADES PROPOSTAS NA LITERATURA

IMPAIRED VERBAL COMMUNICATION: ACTIVITIES IN PRACTICE VS. ACTIVITIES PROPOSED IN LITERATURE

COMUNICACIÓN VERBAL PERJUDICADA: ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO VS. ACTIVIDADES PROPUESTAS EN LA LITERATURA

Débora Oliveira Favretto<sup>1</sup>  
Emília Campos de Carvalho<sup>2</sup>  
Sílvia Rita Marin da Silva Canini<sup>3</sup>  
Lívia Maria Garbin<sup>4</sup>

### RESUMO

A comunicação enfermeiro/paciente é essencial para identificação do estado de saúde e o sucesso do plano de cuidado. Os objetivos do estudo são identificar, na literatura, intervenções e atividades para o diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada e compará-las com aquelas propostas pela NIC, bem como identificar as atividades que enfermeiros clínicos relatam empregar. Houve correspondência parcial entre as intervenções identificadas na literatura com aquelas propostas pela NIC; os enfermeiros clínicos realizam 69,34% das atividades mencionadas, porém relataram que 7,09% delas não são empregadas por desconhecimento ou falta de recursos. Sugere-se que os programas educativos contemplem as intervenções de enfermagem propostas pela NIC e as demais identificadas na literatura.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Comunicação; Comunicação em Saúde

### ABSTRACT

Nurse-patient communication is an essential tool to identify the state of patients' health and the success of the treatment plan; This study surveyed the literature for interventions and activities for the nursing diagnosis of "impaired verbal communication", comparing compare them with those proposed by the Nursing Intervention Classifications (NIC). It also intended to identify activities nurse clinicians say they perform. Interventions identified in the literature partially corresponded to those proposed by NIC. Nurse clinicians perform 69.34% of these activities, but reported that 7.09% of these interventions are not used, either due to a lack of knowledge or resources. It is suggested that educational programs cover the nursing interventions proposed by NIC and others identified in literature.

**Key words:** Nursing Care; Nursing Diagnosis; Communication; Health Communication

### RESUMEN

La comunicación entre el enfermero y el paciente es una herramienta esencial para identificar el estado de salud de este último y para que su plan de cuidado resulte exitoso. El presente estudio ha buscado identificar en la literatura intervenciones y actividades para el diagnóstico de enfermería "comunicación verbal perjudicada" y compararlas con las que propone la NIC así como identificar las actividades que los enfermeros clínicos dicen llevar a cabo. Se encontró correspondencia parcial entre las intervenciones identificadas en la literatura y aquellas propuestas por la NIC. Los enfermeros clínicos llevan a cabo 69.34% de las actividades mencionadas, pero relatan que no emplean un 7.09% de las mismas por desconocimiento o falta de recursos. Se sugiere que los programas educativos contemplen las intervenciones de enfermería propuestas por la NIC y las demás identificadas en la literatura.

**Palabras clave:** Atención de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Comunicación; Comunicación en Salud

<sup>1</sup> Aluna de graduação EERP-USP e bolsista de Iniciação Científica – PIBIC-CNPq.

<sup>2</sup> Enfermeira, Professora titular, orientadora e pesquisadora do CNPq. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação da EERP-USP.

<sup>3</sup> Enfermeira, Professora Doutora da EERP-USP. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação.

<sup>4</sup> Enfermeira do HCFMRP-USP. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação.

Correspondência para: Emília Campos de Carvalho. Av. Bandeirantes, 3900, 14040-902 – Ribeirão Preto – SP.  
Tel. (16) 3602.3475. E-mail: ecdcava@usp.br

## INTRODUÇÃO

A comunicação envolve atividades que consistem em receber, processar e transmitir informações ou símbolos quer pela fala, quer pela escrita, quer por notas musicais ou outros sinais de linguagem.<sup>1,2</sup>

O processo comunicacional, compreendendo a troca de informação e significados entre uma ou mais pessoas, tem sido valorizado na enfermagem em seus diversos contextos.<sup>3</sup> No âmbito do relacionamento enfermeiro/paciente, é considerado fundamental para a prestação da assistência individualizada, competente e humanitária.<sup>3-4</sup>

Para ser eficiente, esse processo deve ser funcional, ou seja, os aspectos fisiológicos, psicológicos e ambientais devem estar favoráveis.<sup>1</sup> Entretanto, há situações em que a comunicação pode ser prejudicada em decorrência de um distúrbio permanente ou temporário.

Estudo realizado em um hospital de grande porte do interior paulista identificou que 39,5% dos pacientes internados nas clínicas médica, dermatológica, neurológica e cirúrgica apresentaram, pelo menos, um distúrbio de comunicação acometendo linguagem, fala ou audição, durante a internação.<sup>5</sup>

Em relação ao período perioperatório, outro estudo<sup>6</sup> revelou que 25% dos pacientes apresentaram esse diagnóstico; já após a cirurgia de laringectomia, todos os pacientes submetidos a esse procedimento apresentaram prejuízo na comunicação.<sup>7</sup>

As mudanças ou redução das habilidades comunicacionais decorrentes do processo evolutivo, sobretudo no idoso, têm sido destacadas na literatura,<sup>8</sup> bem como as alterações que ocorrem em pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, com demência ou com comprometimento neurológico<sup>2,9-10</sup> que impedem ou prejudicam a capacidade de usar a linguagem.

São considerados distúrbios de comunicação qualquer desvio no padrão normal da fala, da linguagem ou da audição de uma pessoa que venha interferir na comunicação e que poderá levá-la a situações embaraçosas, de frustrações e/ou outras emoções negativas.<sup>5,11-13</sup> Os distúrbios da fala são caracterizados por alterações na voz, relacionados ao timbre e à intensidade da voz (disfonia); alterações na articulação e na formação das palavras (dislalia e disartria); e na fluência ou ritmo denominada de disfemia, como a gagueira.<sup>13</sup>

Já os relacionados à linguagem são caracterizados por alterações que dificultam o uso e a compreensão da fala, da escrita ou de outro sistema simbólico (afasia, apraxia, disfasia e dislexia); são também classificados quanto às alterações na forma (dificuldade para construir palavras ou frases), alterações do conteúdo (verbalização inapropriada), alterações na função da linguagem (ex.: afasia receptiva e de transmissão, disfasia, apraxia, dislexia). E os da audição são caracterizados pela surdez (também chamada de audição difícil),<sup>13</sup> que pode ser total ou parcial.

Do ponto de vista dos diagnósticos de enfermagem, as alterações da comunicação estão citadas nas taxonomias existentes e estão relacionadas a defeito anatômico (fenda palatina, alteração do sistema visual-neuromuscular, sistema auditivo ou aparelho fonador), barreiras físicas

(traqueostomia, entubação endotraqueal), barreiras ambientais, alteração do sistema nervoso central e ao enfraquecimento músculo esquelético. Embora a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) empregue o título (ou rótulo) Comunicação Verbal Prejudicada, desde a inclusão desse diagnóstico na taxonomia, em 1973, diversas definições<sup>14,17</sup> foram adotadas, sendo que a atual o considera como “habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir /ou usar um sistema de símbolos”.<sup>16,17</sup>

Carpenito-Moyet<sup>18</sup> também propõe o diagnóstico Comunicação Verbal Prejudicada, mas o define “como estado em que o indivíduo apresenta ou corre o risco de apresentar diminuição da capacidade de falar, mas pode entender os outros”.

Outros autores<sup>12,18-19</sup> também apresentam diagnósticos retratando tais alterações. Para Alfaro-LeFevre, o diagnóstico que trata desse tipo de resposta é denominado Comunicação Prejudicada, e, embora não conste na taxonomia da NANDA,<sup>17</sup> é acolhido por outros autores<sup>18-20</sup> dada sua clareza e utilidade; é considerado como “o estado em que o indivíduo apresenta ou está em risco de apresentar dificuldades para enviar ou receber mensagem (pensamentos, idéias, desejos ou necessidades aos outros)”.

A definição proposta pela NANDA é mais ampla e retrata um fenômeno bem mais abrangente que apenas a comunicação verbal, contemplando os outros dois diagnósticos encontrados na literatura e, portanto, será a adotada neste estudo. Essas divergências conceituais retratam a complexidade do fenômeno em estudo e as diferentes manifestações que os indivíduos podem apresentar, relacionadas à comunicação em diferentes cenários.

Quando esse diagnóstico é identificado, o enfermeiro deve iniciar o planejamento da assistência visando minimizar ou reparar esta situação, podendo lançar mão de um conjunto de atividades ou ações que compõem diferentes intervenções de enfermagem.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>20</sup> propõe intervenções prioritárias (mais prováveis para a solução do diagnóstico), sugeridas (menos prováveis para solucionar o diagnóstico) e intervenções adicionais optativas (aquelas aplicadas a alguns pacientes com o diagnóstico). As intervenções propostas para o diagnóstico Comunicação Verbal Prejudicada buscam facilitar o recebimento e o envio de mensagens verbais e não verbais. Contudo, na prática, outras intervenções, não contidas nessa classificação, têm sido utilizadas para minimizar ou solucionar o diagnóstico do paciente, sendo este o objeto desta investigação.

Os estudos utilizando a classificação das intervenções de enfermagem vêm sendo realizados desde a segunda metade da década de 1980,<sup>21</sup> enfocando, principalmente, as ações de enfermagem para que se alcancem os resultados esperados. Essas ações favorecem uma assistência com qualidade, porém é necessário que as intervenções propostas por enfermeiros sejam identificadas, aplicadas e testadas por meio de pesquisas.

Estudos têm evidenciado o benefício de estratégias específicas para minimizar as conseqüências dos distúrbios

de comunicação verbal,<sup>13,22,23-33</sup> em diferentes situações clínicas. Contudo, não foram identificados estudos específicos sobre as intervenções propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada, o que justifica a realização deste estudo, cujos objetivos foram: identificar na literatura as atividades que compõem as intervenções para o diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada, realizar mapeamento comparativo das intervenções e atividades identificadas na literatura e as propostas pela NIC, bem como identificar as atividades que os enfermeiros de uma clínica médica desenvolvem com pacientes portadores do diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em três etapas, sendo que na primeira foi realizada a revisão da literatura sobre os temas: “diagnósticos de enfermagem”, “intervenções de enfermagem”, “comunicação e enfermagem” e “comunicação prejudicada”, com o intuito de identificar as intervenções e atividades para o diagnóstico em estudo. Procedeu-se, também à busca, manual, em livros textos disponíveis nos acervos da Sala de Leitura Gleite Alcântara da EERP, da Biblioteca Central do *Campus* de Ribeirão Preto e da Biblioteca da Escola de Enfermagem, todos da Universidade de São Paulo, no período de agosto a setembro de 2005. Foram identificadas 15 referências além da NIC.<sup>18</sup> Após leitura do material, foram excluídas 4: 2 por não atenderem ao objetivo do estudo e 2 por serem edições anteriores ou posteriores das obras citadas, mas com semelhantes conteúdos.

Na segunda etapa, realizou-se o mapeamento das intervenções e das atividades propostas pela NIC<sup>20</sup> com as demais identificadas na literatura.

Foram identificadas 9 intervenções propostas pela NIC<sup>20</sup>, sendo 3 prioritárias ou essenciais para esse diagnóstico (ouvir atentamente; melhora da comunicação: déficit auditivo; e melhora da comunicação: déficit da fala) e 6 intervenções sugeridas, isto é, que podem contribuir para a assistência a portadores desse diagnóstico (melhora da comunicação: déficit visual; redução da ansiedade; presença; toque; controle do ambiente; e supervisão: segurança). Foram consideradas, no âmbito deste estudo, apenas as 3 intervenções prioritárias. Suas respectivas atividades, identificadas na literatura, foram relacionadas com as propostas pela NIC<sup>20</sup>, quando havia correspondência, e listadas separadamente, quando não havia nenhuma relação.

Na segunda fase, o mapeamento das intervenções foi submetido à apreciação de 5 enfermeiros, com experiência de pelo menos um ano na área de comunicação e com conhecimento sobre as taxonomias NIC<sup>20</sup> e NANDA<sup>16</sup>, e que consentiram participar da pesquisa. Após análise, permaneceram no mapeamento as atividades e as intervenções, que obtiveram índice de concordância e > 80% entre os enfermeiros. Esses procedimentos possibilitaram identificar as atividades de cada intervenção empregada para o diagnóstico proposto.

Participaram da terceira etapa 25 enfermeiros, de um total de 34 da Clínica Médica do HCFMRP-USP, uma vez que 2 se recusaram a participar, 2 estavam em período de férias, 4 não responderam em tempo hábil e 1 devolveu o formulário em branco. Os enfermeiros receberam um formulário com as atividades propostas para cada uma das três intervenções selecionadas para o diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada. Solicitou-se aos enfermeiros que apontassem quais atividades realizavam em sua prática clínica e, no caso de não realizarem, que informassem o motivo, podendo ainda apontar outras atividades que realizavam além das listadas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, e os sujeitos expressaram seu consentimento, formalmente, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### RESULTADOS

Na primeira etapa foram identificadas 155 atividades citadas pela NIC, que compõem as 9 intervenções prioritárias e sugeridas, para o diagnóstico Comunicação Verbal Prejudicada. Na revisão de literatura, 49 novas atividades foram incluídas<sup>23-33</sup>, sendo 37 para as três intervenções prioritárias e 12 atividades para as três intervenções sugeridas pela NIC, a saber: melhora da comunicação, déficit visual, redução da ansiedade e presença. Não foram identificadas, na literatura, atividades diferentes daquelas propostas pela NIC<sup>20</sup> para as outras três intervenções sugeridas.

Foram observadas também várias atividades que não apresentaram correspondência com nenhuma das intervenções ou atividades propostas pela NIC<sup>20</sup>, mas se caracterizavam como parte do processo de enfermagem, como a coleta de dados (Ex. 1: *Verificar se a afasia é motora..., sensorial..., de condução... ou global;*<sup>24</sup> Ex. 2: *Avaliar se há acúmulo de cerume*<sup>27</sup> ou ainda como instruções sobre a prática profissional do enfermeiro (Ex. *Aprenda sinais básicos de linguagem para usar com pacientes surdos.*<sup>20</sup>

Por outro lado, a maioria das atividades identificadas apresentava correspondência com as contidas na NIC.<sup>20</sup> Pôde-se observar, contudo, que algumas delas eram mais amplas, enquanto as da NIC<sup>20</sup> eram mais concisas; várias atividades citadas por diferentes autores apresentaram similaridades quanto ao conteúdo, diferenciando-se apenas em algumas palavras ou tempos verbais.

Foram identificadas, também, atividades da literatura que apresentavam similaridade com mais de uma atividade NIC, além das que se relacionavam a mais de uma intervenção, o que levou à sua repetição ao longo do mapeamento. Ainda foi possível observar a pertinência das intervenções e atividades propostas pela literatura.

Para a segunda fase, as atividades encontradas na literatura, que não estavam citadas na NIC, mas se relacionavam às intervenções selecionadas (intervenções prioritárias), constituíram uma nova lista e foram submetidas à validação pelos enfermeiros juizes: o número de atividades inicialmente proposto pela NIC<sup>20</sup> e as que foram acrescentadas, após a validação, no mapeamento feito pelos enfermeiros (Tabela I).

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS E RESPECTIVAS ATIVIDADES, PROPOSTAS PELA NIC<sup>20</sup> E AS VALIDADAS, ORIUNDAS DA LITERATURA, POR MEIO DE MAPEAMENTO. RIBEIRÃO PRETO, 2006**

Intervenções Prioritárias	Atividades propostas pela NIC	Atividades acrescentadas após mapeamento	Total
Melhora da comunicação: déficit da fala	19	12	31
Melhora da comunicação: déficit auditivo	17	07	24
Ouvir ativamente	16	02	18
Total	52	21	73

Apreende-se que foi incorporado um número significativo de novas atividades (n=21), em especial para os distúrbios envolvendo a fala (n=12) e a audição (n=7).

Na terceira etapa deste estudo, observou-se que os enfermeiros da amostra referiram realizar em sua prática a maioria ( $\bar{x} = 69,34\%$ ) das atividades arroladas nas três intervenções prioritárias para Comunicação Verbal Prejudicada (Tabela 2).

Das realizadas, 11 atividades (61%) são executadas por 75% ou mais dos enfermeiros, sendo que, dentre elas três foram citadas por 100% dos profissionais: *Estabelecer o propósito da interação, Mostrar interesse pelo paciente e Estar atento ao tom, ao tempo, ao volume, à altura e à inflexão da voz.* As demais atividades (8), segundo os enfermeiros que afirmam não as empregar, são passíveis de ser implementadas: *Encorajar a expressão dos sentimentos; Escutar mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa; Evidenciar percepção e sensibilidades às emoções; Estar atento à postura física que transmite mensagens não verbais; Verificar a compreensão da mensagem; Esclarecer a mensagem por meio de perguntas e reavaliar a compreensão; Estar atento às palavras evitadas, bem como à mensagem não verbal que acompanham as palavras ditas e Dar respostas em tempo certo de modo a refletir compreensão da mensagem recebida.*

Com menores índices de realização, mas ainda pela maioria dos enfermeiros ( $\geq 50$  a  $<75\%$ ), estão 6 atividades, sendo 4 citadas pela NIC<sup>20</sup> (*Identificar temas predominantes; Evitar barreiras ao ouvir atentamente; Determinar o sentido da mensagem, refletindo sobre as atitudes, as experiências passadas e a situação atual; Focalizar totalmente a interação, suprimindo preconceitos, tendenciosidade, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações*) e duas

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS EM SUA PRÁTICA, PARA O DIAGNÓSTICO EM ESTUDO. RIBEIRÃO PRETO, 2006**

Intervenções	Atividades realizadas	Atividades não realizadas...			Atividades com respostas em branco ou anuladas	TOTAL
		... mas com condições de serem realizadas	... por falta de conhecimento e/ou recursos	... por não serem apropriadas para a situação		
Ouvir Ativamente	76,66%	16,22%	3,11%	2,44%	1,55%	100%
Melhora da comunicação: déficit auditivo	57,83%	20,83%	10,16%	9,5%	1,66%	100%
Melhora da comunicação: déficit da fala	73,54%	12,51%	8%	5,16%	0,77%	100%
MÉDIA ( $\bar{x}$ )	69,34%	16,52%	7,09%	5,7%	1,32%	99,9%

Foram citadas pelos enfermeiros como as mais empregadas em sua prática as atividades relacionadas às intervenções Ouvir Ativamente e Melhora da comunicação: déficit de fala.

Em relação às atividades não realizadas ( $\bar{x} = 30,63\%$ ), destacam-se aquelas que têm condições de virem a ser desenvolvidas ( $\bar{x} = 16,52\%$ ), seguidas daquelas que não são realizadas por falta de conhecimento e/ou recursos ( $\bar{x} = 7,09\%$ ), por serem esses os focos de atenção na formação continuada desses profissionais.

Para a intervenção "Ouvir ativamente", a maioria das atividades (76,66%) é realizada. Em média, cada enfermeiro, refere executar 13 das 18 atividades propostas para essa intervenção. Embora parte das atividades não seja executada, 16,22% delas poderiam ser empregadas, segundo os enfermeiros, pois eles as conhecem. Poucas (3,11%) são as que necessitam ser aprendidas.

propostas pela literatura (*permitir tempo suficiente para comunicação; eliminar barulhos competitivos*).

A atividade *Usar uma série de interações para descobrir o sentido do comportamento*, realizada pelo menor número de enfermeiros (44%), apresenta, para a maioria dos enfermeiros, possibilidade de vir a ser implementada, assim como as outras atividades.

Quanto à intervenção "Melhora da Comunicação: déficit da fala", das 31 atividades arroladas, os enfermeiros referem executar, em média, 22 delas. Contudo, 8% das atividades propostas para essa intervenção não são desenvolvidas pela maioria dos sujeitos, por falta de conhecimento.

Das atividades propostas, 21 são realizadas por 75% dos enfermeiros ou mais, sendo que 4 delas são executadas por 100% dos enfermeiros (*Ficar de pé diante do paciente ao conversar. Realizar diálogos, quando apropriado. Ouvir com atenção. Dar uma instrução a cada vez, conforme apropriado*).

Destacam-se, também, 9 outras atividades desenvolvidas pelos sujeitos, entre as mencionadas pela NIC<sup>20</sup>: *Oferecer reforço positivo e elogios, quando apropriado; Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado. Evitar baixar o tom da voz no final da fala. Evitar gritar com o paciente que tem disfunção na fala. Usar gestos manuais, quando apropriado. Solicitar a assistência da família na compreensão da fala do paciente, conforme apropriado. Encorajar o paciente a repetir a palavra. Oferecer lembretes/sugestões verbais. Permitir que o paciente ouça freqüentemente a linguagem falada.*

Das 8 atividades obtidas no mapeamento, são frequentemente executadas: *Encarar o paciente e falar devagar. Usar sempre as mesmas palavras chaves e evitar usar gestos não relacionados. Suplementar com comunicação escrita quando possível/ necessário. Reformular a sentença se não foi entendida. Permitir tempo suficiente para comunicação. Ler os lábios do paciente se possível. Responder a todas as tentativas para falar mesmo quando forem ininteligíveis. Encorajar o cliente a tomar fôlego entre as sentenças.*

Entre as atividades dessa intervenção, 3 foram referidas como realizadas por >50 a <75% dos enfermeiros participantes, sendo que a atividade proposta pela NIC *Usar quadro de desenhos quando apropriado* é citada como possível de ser realizada pela maior parte dos enfermeiros que não a realizam. As outras duas atividades, obtidas na literatura, são: *Manter ambiente calmo e quieto para que o cliente possa concentrar-se no esforço de comunicação, não tenha que falar alto, e seja capaz de ouvir os outros claramente e Alertar o paciente para não usar a voz até que o médico dê permissão.*

Ainda, 7 atividades são realizadas por menos de 50% dos enfermeiros. Cinco delas constam na NIC<sup>20</sup>: *Reforçar a necessidade de acompanhamento com fonoaudiólogo após alta. Orientar o paciente e a família sobre o uso de aparelho da fala. Fazer terapias prescritivas de linguagem especial durante as interações informais com o paciente. Ensinar a fala utilizando o esôfago, conforme apropriado. Usar intérprete quando necessário.* Nesse grupo encontram-se duas atividades propostas pela literatura, sendo que uma não é realizada por falta de conhecimento e/ou recursos (*Rever instruções/ discussões pré-operatórias de por que a fala e a respiração estão alterados, usando desenhos anatômicos para ajudar na explanação*); a outra é mencionada como possível de ser realizada (*Encorajar o paciente a expressar os pontos mais importantes no começo das sentenças, quando a energia e concentração estão melhores*).

Das 24 atividades mencionadas para a intervenção "Melhora da Comunicação: déficit auditivo", 57,83% são realizadas, sendo que, em média, cada enfermeiro executa 13 delas. Nessa intervenção, observou-se o maior índice de ausência de realização por desconhecimento (10,16%).

Entre as atividades propostas, 12 são realizadas por 75% ou mais enfermeiros, sendo que as 3 últimas foram identificadas no mapeamento: *Ouvir com atenção; Encarar diretamente o paciente e falar devagar, com clareza e concisão; Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado; Não cobrir a boca, não fumar ou falar de boca cheia ou mascar chicletes enquanto conversar. Obter a atenção do paciente por meio do toque. Validar a compreensão das mensagens solicitando ao paciente a repetir o que foi dito. Usar papel, lápis, ou computador, quando necessário. Dar ao*

*paciente tempo amplo para resposta. Movimentar-se próximo à área menos afetada. Evitar gritar com o paciente que tem disfunções de comunicação. Conversar sem urgência de uma resposta. Manter o ambiente quieto quando comunicar conteúdo de difícil compreensão, mantendo a atenção do paciente por meio de toque no ombro ou chamando-o pelo nome e Refrasear a sentença, quando o paciente apresentar dificuldade em entender.*

Dois atividades foram mencionadas por >50 a <75 % dos enfermeiros como realizadas: *Dar uma ordem simples de cada vez e Usar as mesmas palavras para a mesma tarefa*

Outras 10 atividades foram mencionadas como realizadas por menos de 50% dos enfermeiros e com possibilidade de virem a ser desenvolvidas pelos demais enfermeiros. Dentre elas, destacaram-se as referentes ao *Uso do aparelho auditivo*, que apresentaram realização por 20% ou menos dos enfermeiros, fato também atribuído à falta de conhecimento e/ou recursos. O mesmo foi justificado para "Providenciar intérprete se a pessoa pode entender a linguagem dos sinais", proposta pela literatura. Além dessas atividades *Manter ambiente calmo e quieto para ampliar a concentração do cliente e Posicionar o paciente, quando em grupo, na parte próxima ao emissor ou expositor* também são atividades propostas pela literatura e pouco executadas.

É importante observar que dentre as intervenções mencionadas, "Melhora da Comunicação: déficit auditivo" foi a que apresentou menor porcentagem de realização.

Pelo exposto nota-se que atividades similares são recomendadas diferentes estratégias, e que há possibilidade de se ampliar o conjunto de atividades executadas pelos sujeitos.

## DISCUSSÃO

Intervir em uma situação em que o diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada está presente é fundamental não só para uma assistência de enfermagem mais eficiente, mas também para promover maior bem-estar ao paciente.

Na relação diária enfermeiro-paciente, em cujo contexto transcorre predominantemente a coleta de informações sobre o paciente, devem ser considerados os elementos inerentes ao paciente, em especial os fatores que afetam tal interação.<sup>3,34</sup>

Para tanto, é preciso que o enfermeiro tenha conhecimento e capacidade de observação para identificar a presença desse diagnóstico. A partir daí, o enfermeiro deve ter habilidade para planejar e executar a assistência de enfermagem, isto é, propor e realizar as intervenções de enfermagem necessárias. Nesse propósito, pode-se empregar a Taxonomia da NIC<sup>20</sup> que, de acordo com o estudo apresentado, contém a maioria das atividades propostas para o diagnóstico em estudo, demonstrando ser indicada para auxiliar a assistência de enfermagem nessa situação.

Entretanto, ao se observar a pertinência das atividades propostas, devem ser consideradas as características da situação. Cabe lembrar que algumas das atividades arroladas na literatura<sup>23-33</sup> ou na NIC<sup>20</sup> foram consideradas não apropriadas às situações com as quais os sujeitos desta pesquisa usualmente se defrontam na sua assistência.

Foi também possível observar que não apenas na Taxonomia da NIC<sup>20</sup>, mas também em outras referências na literatura<sup>23-33</sup> são apresentadas sugestões para intervir em pacientes que apresentam Comunicação Verbal Prejudicada. Pelo mapeamento realizado, notou-se que a maioria (71,2%) das atividades que são propostas pela NIC também está listada na literatura; entretanto, existem atividades NIC que não são encontradas na literatura, assim como atividades propostas por outras referências que não são citadas pela NIC, isto é, 28,7% das atividades estudadas na terceira etapa. Dessa forma, para cada intervenção podem ser acrescentadas atividades da literatura diferentes daquelas propostas pela NIC, complementando-a.

Durante a investigação sobre a realização ou não das intervenções propostas na literatura e pela NIC por enfermeiros da Clínica estudada, observou-se que a maioria (69,34%) dessas atividades é realizada. Entretanto, de acordo com grupo de enfermeiros, parcela significativa de atividades não executadas tem condições de ser realizada (16,52%) e algumas não são desenvolvidas por falta de conhecimento e/ou recursos (7,09%). Também é importante notar que as atividades não encontradas na NIC, mas acrescentadas após o mapeamento, de forma geral, foram realizadas pela maioria dos enfermeiros, o que demonstra a importância delas.

Considera-se que, apesar de as intervenções para o diagnóstico Comunicação Verbal Prejudicada estarem sendo realizadas em sua maior parte, se o serviço dispusesse de mais recursos tanto para a execução da assistência de enfermagem, como para proporcionar capacitação de seus enfermeiros, além de estimular o interesse dos enfermeiros sobre esse problema, maior número de intervenções poderia ser incorporado na prática clínica do enfermeiro.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de Comunicação Verbal Prejudicada é comum no cenário da prática profissional e exige conhecimento e habilidades apropriadas para o desenvolvimento das atividades diante da sua presença, bem como permanente busca de novas alternativas terapêuticas.

Diante dos resultados, propõe-se a inclusão de novas atividades, encontradas na literatura, no conjunto das intervenções sugeridas pela NIC, para as principais intervenções que devem ser aplicadas para solucionar ou minimizar tal diagnóstico. Embora elas tenham demonstrado validade por serem realizadas, em sua maioria, pelos enfermeiros da amostra estudada, ou de apresentarem condições de serem realizadas, recomenda-se que novos estudos sobre seu efeito sejam realizados.

Outro passo fundamental é oferecer instruções e informações aos enfermeiros sobre aquelas atividades não realizadas por falta de conhecimento e/ou recursos. Ressalte-se que ainda é necessário considerar outras intervenções de enfermagem que possam interferir no processo comunicacional.

### REFERÊNCIAS

- Atkinson LD, Murray MF. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.
- Cummings JL, Mendez MF. Doenças de Alzheimer e outros distúrbios da cognição. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil Tratado de medicina interna. 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p.2630-40

- Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri-SP: Manole; 2005.
- Meneguello AS, Dalri MCB, Carvalho EC, Bachion MM. Comunicação prejudicada: fatores relacionados e características definidoras em pacientes internados com queimaduras Rev Latino-am Enferm. 1996 abr; 4 (nº esp):153-72.
- Dos Santos WDF. Distúrbios de comunicação humana e diagnósticos de enfermagem do padrão comunicar: incidência e identificação em pacientes hospitalizados [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1994.
- Prá LA, Piccoli M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. Rev Eletrôn Enferm. 2004; 6(2). [Acesso em 15 dez 2007]. Disponível em: www.fen.ufg.br
- Silva LSL, Pinto MH, Zago MMF. Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório. Rev Bras Cancerol. 2002; 48(2): 213-21
- Worral LE, Hickson LM. Communication disability in aging: from prevention to intervention. New York: Thomson Delmar Learning; 2003.
- Queiroz LR, Moura TG, Vieira FLM; Carvalho SB. Distúrbios da comunicação oral no paciente demenciado. [Acesso em 15 dez 2007]. Disponível em: http://www.alzheimer.med.br/fono.htm
- Dalgalarrodo P. Psiquiatria e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Medicas; 2000.
- Biro P, Thompson M. Screening young children communication disorders. NEN. 1984; 9(6):410-3.
- Carvalho EC, Coler MS. Diagnosis of the Human Response Pattern, Communication: a proposal for revision. Nurs Diagn. 1995; 6(4):155-60.
- American Speech-Language-Hearing Association Ad Hoc Committee on Service Delivery in the Schools. Definition of communicative disorders and variations. ASHA. 1993; 35 (suppl.10):40-1.
- North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification 1995-1996. Philadelphia: NANDA; 1994
- North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification 1999-2000. Philadelphia: NANDA; 1999
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005 – 2006. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
- North American Nursing Diagnosis Association. International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2007-2008. Philadelphia: NANDA-International; 2007
- Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem, aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Carpenito LJ. Nursing diagnosis application to Clínica I practice. Philadelphia: JB Lippincott; 1993.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Napoleão AA, Chianca TCM, Carvalho EC, Dalri MCB. Análise da produção científica sobre a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. Rev Latino-am Enferm. 2006; 14(4):608-13.
- Carpenito-Moyet LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler AC. Nursing care plans: guidelines for individualizing patient care. 5ª ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2000.
- Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. Nurse's pocket guide: diagnoses, interventions and rationales. 9ª ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2004.
- Ackley BJ, Lladwig GB. Nursing diagnosis handbook: a guide to planning care. 3ª ed. St. Louis: Mosby; 1997.
- Wilkinson JM. Nursing Diagnosis handbook with NIC interventions and NOC Outcomes. 8ª ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2005.
- Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de enfermagem. 8ª ed. São Paulo: Artmed; 1999.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of nursing: human health and function. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.
- Flynn JBM, Hackel R. Technological Foundations in Nursing. East Norwalk: Appliton & Lange; 1990.
- Flynn JBM, Bruce NP. Introduction to critical care skills. St. Louis: Mosby; 1993.
- Ulrich SP, Canale SW, Wendell SA. Medical surgical: nursing care planning guides. 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1994.
- Alexander MF, Fawcett JN, Runciman PJ. Nursing practice. Hospital & home: the adult. 2ª ed. London: Churchill Livingstone; 2000.
- McFarland GK, Naschinski CE. Impaired communication and descriptive study. Nurs Clin North Am. 1985; 22 (4):775-85.

Data de submissão: 07/03/07

Data de aprovação: 13/12/07

# RECONHECIMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: UMA CONTRIBUIÇÃO

RECOGNITION OF NANDA NURSING DIAGNOSIS: A CONTRIBUTION

RECONOCIMIENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE NANDA: UNA CONTRIBUCIÓN

Tânia Couto Machado Chianca<sup>1</sup>  
Cristiane Chaves de Souza<sup>2</sup>  
Flávia Falci Ercole<sup>3</sup>  
Adelaide De Mattia Rocha<sup>4</sup>

## RESUMO

Estudo descritivo com o objetivo de verificar o reconhecimento dos Diagnósticos de Enfermagem (DEs) da NANDA por enfermeiros de diferentes Estados brasileiros. Utilizou-se instrumento estruturado, enviado por correio, a uma população de 205 enfermeiros que deveriam taxar os DEs quanto à frequência de identificação nos pacientes. Retornaram 59 questionários, cujos dados foram processados no programa estatístico Epi-Info 6.0. Os DEs mais frequentes foram: ansiedade (69,5%), risco para Infecção (67,8%), risco para a integridade da pele prejudicada (59,3%), integridade da pele prejudicada (55,9%), dor aguda (52,5%) e integridade tissular prejudicada (44,1%). Percebeu-se que os enfermeiros reconhecem alguns diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA. No entanto, a identificação e a documentação dos diagnósticos são essenciais para uma prática sistematizada.

**Palavras-chave:** Diagnósticos de Enfermagem/classificação; Diagnósticos de Enfermagem/utilização

## ABSTRACT

This is a descriptive study to verify the recognition in Brazil of the NANDA Nursing Diagnosis (ND). A structured questionnaire was used and tested. It was sent by mail to a sample of 205 nurses who had to classify the ND as to how often they got a correct diagnosis. Fifty-nine questionnaires were filled-in and returned, and then processed by the program Epi Info 6.0. The results show that most frequent ND were: anxiety (69,5%), risk of infection (67,8%), risk of impaired skin integrity (59,3%), impaired skin integrity (55,9%), sharp pain (52,5%) and impaired tissue integrity (44,1%). It was observed that nurses recognize some NANDA nursing diagnoses. However, the nursing diagnosis identification and documentation are considered very important for a systematic nursing practice.

**Key words:** Nursing Diagnosis/classification; Nursing Diagnosis/utilization

## RESUMEN

Estudio descriptivo que busca verificar si enfermeros de distintos estados brasileños reconocen los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Para el estudio se aplicó un instrumento estructurado enviado por correo a una muestra de 205 enfermeras quienes debían clasificar los DEs según la frecuencia de identificación en sus pacientes. Devolvieron cincuenta y nueve encuestas cuyos datos fueron procesados en el programa estadístico Epi Info 6.0. Los diagnósticos de enfermería más frecuente fueron: ansiedad (69,5%), riesgo de infección (67,8%), riesgo de integridad superficial dañada (59,3%), integridad superficial dañada (55,9%), dolor agudo (52,5%) e integridad del tejido dañado (44,1%). Se observó que los enfermeros reconocen algunos diagnósticos de enfermería propuestos por la NANDA. Tanto la identificación como la documentación de diagnósticos, sin embargo, son consideradas esenciales para la práctica sistematizada.

**Palabras clave:** Diagnósticos de Enfermería; clasificación; Diagnósticos de Enfermería/utilización

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG

<sup>2</sup> Enfermeira da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem. Professor assistente do ENB da EEUFMG.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG.

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da UFMG - Departamento de Enfermagem Básica - Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - BTHE/MG - CEP 30.130-100 - E-mail: tchianca@enf.ufmg.br

## INTRODUÇÃO

A ciência da enfermagem, segundo alguns autores<sup>1</sup>, está baseada numa estrutura teórica, e o processo de enfermagem permite a aplicação do método científico na prática profissional do enfermeiro. Há uma tendência mundial em estabelecer como tripé da prática profissional o diagnóstico, as intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados dessas intervenções. Estudos afirmam que essa tendência caminha para a construção de taxonomias de enfermagem que organizam os fenômenos com os quais lidamos profissionalmente, no sentido de padronizar uma linguagem única de Enfermagem.<sup>2-3</sup>

O modelo bifocal da prática clínica identifica as respostas do cliente como diagnósticos de enfermagem (DEs) ou problemas colaborativos que, juntos, compreendem o âmbito das respostas tratadas pela enfermagem e como tal definem a sua natureza exclusiva.<sup>4</sup> A expressão “diagnóstico de enfermagem” tem sua origem no advento da enfermagem moderna, quando enfermeiras, sob a coordenação de Florence Nightingale, diagnosticaram problemas de saúde nos soldados durante a Guerra da Criméia, utilizando o levantamento desses problemas para planejar a assistência a ser prestada. Na década de 1950, os enfermeiros resgataram a experiência daquela época com o objetivo de planejar a prática profissional e educacional da enfermagem. O termo DEs surge na literatura com Louise Mac Mannus e, a partir da década de 1960, passa a integrar as fases do processo de enfermagem (PE).<sup>5</sup> Em 1990, na 9<sup>th</sup> *National Conference of the Nursing American Diagnosis Association (NANDA)*, a expressão “diagnóstico de enfermagem” ficou definida como:

um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável.<sup>6</sup>

O diagnóstico de enfermagem pode contribuir para uma prática de assistência qualificada, uma vez que determina o foco da prática clínica, é a base para o planejamento das intervenções de enfermagem e exige o exercício da inferência clínica, o que pode proporcionar exposição e visibilidade ao saber da enfermagem.<sup>7</sup>

A enfermagem constitui, em termos numéricos no Brasil, o maior grupo de profissionais de saúde, representando cerca de 90 mil indivíduos.<sup>8</sup> Embora o cuidado de enfermagem seja considerado essencial para o tratamento em saúde, a visibilidade da participação da enfermagem no sucesso dos procedimentos terapêuticos implementados pela equipe carece de mensuração. Os profissionais de enfermagem executam grande parte do cuidado de saúde e, juntamente com outros profissionais, compartilham as preocupações com os custos e a qualidade do cuidado que prestam.

Com a privatização crescente dos serviços de saúde incrementada em nosso país a partir da década de 1990,

a população tem exigido maior extensão de cobertura para os atendimentos e melhoria na qualidade deles. Nesse cenário, é imperativo que a enfermagem defina sua prática e seu papel na atenção à saúde do povo brasileiro. Um obstáculo para o reconhecimento do papel da enfermagem nas ações de saúde tem sua origem na insuficiência de documentação utilizando linguagem padronizada nos prontuários dos clientes para denominar os problemas que identificam, e a partir destes como planeja, trata e avalia seus resultados. A pouca utilização de linguagem padronizada de enfermagem no Brasil tem dificultado o desenvolvimento na área de sistemas de informação de enfermagem.

Algumas enfermeiras, no Brasil, reconhecem e têm demonstrado as vantagens da utilização de linguagens padronizadas, especialmente dos diagnósticos de enfermagem, no ensino e na organização de currículos. Outras têm mostrado sua aplicabilidade na pesquisa de enfermagem (levantamentos, validação e estudos psicométricos), que poderão conduzir a estudos futuros e ao desenvolvimento de sistemas de informação que levarão à produção de bancos de dados de enfermagem, os quais servirão às pesquisas de efetividade.<sup>7</sup>

Atualmente, os bancos de dados do cuidado de saúde brasileiros não incluem dados relativos à prática de enfermagem. Esse fato pode ser comprovado ao analisarmos o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), um instrumento de apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), no tocante à qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS. Esse programa não contém dados que avaliem a prática da enfermagem.<sup>9</sup>

Contudo, à medida que a necessidade por diminuição nos custos, privatização de serviços e qualidade do cuidado no Brasil for crescendo, será essencial que as enfermeiras documentem sua prática e estabeleçam um valor para o que fazem no âmbito do cuidado de saúde das pessoas, famílias e comunidades.

O cuidado de saúde deve ultrapassar fronteiras, limites de espaço, tempo e tecnologia, o que justifica a necessidade de padronização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem, que irá contribuir para a expansão do conhecimento de enfermagem mediante a vinculação entre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, além de determinar a relação custo-eficácia, eficiência e qualidade do cuidado em enfermagem.<sup>10</sup>

Em decorrência de todos os aspectos supracitados e considerando ser importante avaliar o reconhecimento e a aplicabilidade de linguagens padronizadas que possam descrever a prática de enfermagem no Brasil antes que elas sejam colocadas nos sistemas de informação de cuidado de saúde e em bancos de dados que poderão ser usados para avaliar a efetividade e a qualidade do cuidado de saúde prestado pela enfermagem brasileira, realizamos este estudo com o objetivo de verificar se os enfermeiros de diferentes Estados brasileiros reconhecem os diagnósticos de enfermagem estabelecidos na classificação da NANDA, mediante a determinação da frequência de utilização deles, para que possamos identificar quais são os diagnósticos de enfermagem mais utilizados na prática profissional.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou um instrumento, tipo questionário, contendo três partes. Na primeira parte, foram coletadas informações demográficas dos investigados. Na segunda, constava o título e a definição de cada um dos 155 DEs da NANDA<sup>6</sup>, dispostos em ordem alfabética. Pediu-se aos enfermeiros que discriminassem a porcentagem de utilização na prática de cada um dos DEs listados. Na terceira parte do questionário foi oferecida aos enfermeiros a oportunidade de informar a percepção deles sobre diagnósticos que identificam nos clientes na prática e que não estão descritos na classificação da NANDA.<sup>6</sup>

Este estudo cumpre o exigido pela Resolução n° 196, de 1996, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, que devem ser mantidos no anonimato, resguardando-os em qualquer etapa da pesquisa. (Parecer ETIC n° 2001/03, COEP – UFMG).

Uma listagem contendo os nomes de enfermeiros e endereços foi obtida na coordenação do VII Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEN) 2004, realizado em Belo Horizonte, MG, além de endereços conseguidos nas páginas da WEB das Escolas de Enfermagem, e a indicação de enfermeiros especializados em diferentes áreas.

O instrumento utilizado foi um questionário composto de itens referentes aos 155 diagnósticos de enfermagem da versão traduzida para o português da NANDA,<sup>6</sup> estruturado e seguindo o modelo desenvolvido para estudos de verificação da aplicabilidade das intervenções da *Nursing Interventions Classification* (NIC) e dos resultados da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), nos Estados Unidos. Solicitou-se aos enfermeiros que discriminassem a frequência de utilização de cada DE segundo a frequência de reconhecimento em sua prática clínica. O enfermeiro deveria discriminar, numa escala até 100%, sua percepção quanto à presença de cada DE nos seus clientes. O questionário foi validado, quanto ao seu conteúdo e à sua aparência, com 10 enfermeiros, professores e alunos do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), incluídos na amostra. Os instrumentos foram postados para enfermeiros assistenciais em instituições hospitalares públicas e privadas e para enfermeiros de saúde pública (Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família) das cinco regiões brasileiras.

Foram enviados 205 questionários, tendo sido o cálculo do tamanho da amostra obtido usando o Programa Statcalc para estudos descritivos, considerando o número total de enfermeiros do Brasil.<sup>8</sup> A frequência esperada para o reconhecimento foi de 80%, mínimo de 70%, nível de confiança desejado de 95%, erro aceitável de 3% para uma amostra estratificada por Estados brasileiros.

Ao retornarem, os questionários foram checados para verificarmos se estavam completos. Os dados foram digitados em um banco de dados de planilha Excel e processados para análise no programa de estatística Epi-Info 6.04. Todos os dados foram verificados quanto à sua acurácia e organizados em tabelas e gráficos para análise

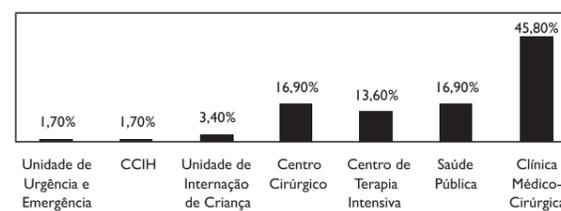
e interpretação. Foi avaliada a frequência de cada DE, de acordo com as diferentes especialidades: Centro de Terapia Intensiva (CTI), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Clínica Médico-Cirúrgica, Unidade de Internação de Criança, Centro Cirúrgico e Unidade de Urgência e Emergência. Ressaltamos que essas especialidades não foram pré-definidas pelos pesquisadores, e sim levantadas por meio dos dados demográficos fornecidos pelos respondentes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se um retorno de 59 questionários (29% do total enviado). Entre os enfermeiros participantes, 57,6% são do Estado de Minas Gerais, 16,9% de São Paulo, 6,8% do Paraná e o restante distribuído entre os Estados do Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio de Janeiro.

Quanto à área de especialidade, 44,1% trabalham no setor de Clínica Médico-Cirúrgica, 16,9%, em Saúde Pública; 16,9%, no Centro Cirúrgico; 13,6%, no CTI; 3,4%, em Unidade de Internação de Criança, 1,7%, em Unidade de Urgência e Emergência; e 1,7%, na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). (Gráfico 1)

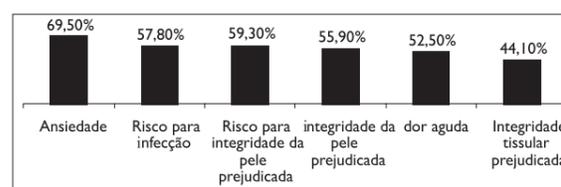
### GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS PESQUISADOS SEGUNDO A ESPECIALIDADE CLÍNICA



Fonte: Fichas de frequências dos DEs – Período: 2004-2005.

Dos 155 diagnósticos descritos na Taxonomia II da NANDA, 6 foram apontados pelos enfermeiros como utilizados na prática com uma frequência acima de 80%, quais sejam: ansiedade (69,5%), risco para infecção (67,8%), risco para integridade da pele prejudicada (59,3%), integridade da pele prejudicada (55,9%), dor aguda (52,5%) e integridade tissular prejudicada (44,1%). (Gráfico 2).

### GRÁFICO 2 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS COMO UTILIZADOS FREQUENTEMENTE PELOS ENFERMEIROS QUESTIONADOS



Fonte: Fichas de frequências dos DE – Período: 2004-2005.

Percebe-se que os enfermeiros brasileiros identificam mais os diagnósticos relativos a respostas de enfrentamento (ansiedade), segurança/proteção (risco para Infecção, risco para integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada) e conforto (dor aguda).

Existem 5 DEs que os enfermeiros referem identificar e utilizar com frequência entre 50% e 80% de seus clientes e estes são diagnósticos estabelecidos na NANDA nos domínios de respostas humanas de atividade/repouso (mobilidade física prejudicada – 44,1% e padrão de sono perturbado – 40,7%) de enfrentamento (medo – 39% e adaptação prejudicada – 23%), princípios de vida (risco para angústia espiritual – 23%).

A frequência dos diagnósticos também foi analisada segundo a clínica correspondente. Entre os 59 participantes, 26 (45,8%) trabalham no setor de Clínica Médico-Cirúrgica, e os diagnósticos considerados críticos foram: risco para infecção, ansiedade, dor aguda, integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada.

Os 10 enfermeiros (16,9%) de Saúde Pública que responderam ao questionário apontaram como diagnósticos mais frequentes o comportamento de busca de saúde, a integridade da pele prejudicada, o risco para integridade da pele prejudicada e padrão ineficaz de alimentação infantil.

Do Centro Cirúrgico, 10 (16,9%) enfermeiros responderam ao questionário e apontaram como identificados com uma frequência maior ou igual a 80% os diagnósticos: ansiedade, risco para infecção, risco pra integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada e risco para lesão perioperatória de posicionamento.

Os 8 (13,5%) enfermeiros que trabalham em CTI identificaram os seguintes diagnósticos utilizados em 80% dos pacientes: risco para integridade da pele prejudicada e ansiedade.

Da Unidade de Internação de Crianças, 2 (3,4%) enfermeiros responderam ao questionário e os diagnósticos que apareceram com maior frequência foram: integridade da pele prejudicada, e risco para integridade da pele prejudicada.

Enfermeiros responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) responderam ao questionário afirmando identificar em mais de 80% de seus pacientes 78 (50%) diagnósticos de enfermagem.

Enfermeiros da Unidade de Urgência e Emergência que responderam ao questionário não identificaram os DE como sendo presentes em mais de 80% de seus pacientes. No Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel Avançado foram identificados 24 diagnósticos de enfermagem. Com percentual igual ou superior a 50% foram identificados os diagnósticos de risco para infecção, risco para trauma, dor aguda e integridade tissular prejudicada.<sup>11</sup> Portanto, vale ressaltar que são necessárias mais pesquisas nessa área clínica para afirmarmos quais os DEs mais frequentes em enfermagem.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a devolução dos questionários respondidos não atingiu o nível acima de 30%, consideramos nosso estudo

como uma contribuição. Ressaltamos nossa dificuldade em obter o retorno dos questionários, mesmo tendo sido incluídos envelopes selados para retorno na correspondência emitida e várias solicitações verbais e telefônicas.

Com o estudo, percebeu-se que os enfermeiros respondentes reconhecem e utilizam somente 6 dos 155 DEs da NANDA e os utilizam com uma frequência maior ou igual a 80% dos seus pacientes na prática clínica. Tal fato merece atenção, pois a identificação e a documentação dos DEs devem ser rotina na prática clínica do enfermeiro, uma vez que com base no reconhecimento dos diagnósticos é que o enfermeiro estabelece as intervenções e traça o plano de cuidados para seu paciente, resultando, assim, em melhoria da qualidade da assistência prestada pela enfermagem.

Contudo, estudos mostram que os registros de enfermagem são realizados sem adoção de sistemas uniformizados que tenham por base uma classificação para a descrição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de maneira padronizada, de forma a permitir que a informação e a comunicação do fazer da enfermagem seja reconhecido, distinguido e compreendido pela equipe multiprofissional.<sup>12</sup>

A utilização de linguagem padronizada pela enfermagem contribui para o processo de acreditação hospitalar, uma vez que a utilização desta em registros de enfermagem torna-os mais confiáveis, facilitando a avaliação da qualidade do cuidado prestado. Nesse contexto, a utilização de classificações de enfermagem pode contribuir para a descrição de procedimentos, controle, elaboração de protocolos, identificação de ações, registros, documentação em sistemas de informação, exigidos pela Organização Nacional de Acreditação para os serviços profissionais de enfermagem.<sup>13</sup> Essa avaliação é fundamental no planejamento e na gestão do SUs, pois percebe-se a necessidade de um sistema de avaliação efetivo que possa orientar a reordenação e a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

A utilização de uma linguagem padronizada pela enfermagem tem sido entendida como importante para maior valorização e reconhecimento profissional do enfermeiro. De posse de taxonomias que possam incluir o que a enfermagem identifica em seus clientes, intervenções que implementa e resultados que mensura, o enfermeiro pode sistematizar a assistência e, assim, contribuir para a valorização e a visibilidade do seu trabalho.

### REFERÊNCIAS

1. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
2. Clarck J, Lang N. Nursing's nexy advance: an internacional classification for nursing practice. Int Nurs Rev. 1992; 39(4):109-12.
3. Bulechek GM, McCloskey J. Defining and validating nursing interventions. Nurs Clin North Am. 1992; 27(2):289-99.
4. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
5. Nakatani AYK, Carvalho EC, Bachion MM. O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização. Revista Eletrôn.

Enferm. (online), Goiânia, 2000; 2(1). [Citado em 07 fev. 2005]. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

6. North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

7. Cruz ICF. Considerações sobre o julgamento clínico em enfermagem. In: Anais do Simpósio Nacional Sobre Diagnósticos De Enfermagem, São Paulo, 1991. São Paulo: Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem – GIBE / Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Escola Paulista de Medicina; 1991. p. 155-68.

8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº272/2002 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de saúde. [Citado em 05 fev. 2005] Disponível em: [www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes.html](http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes.html)

9. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNAS. [Citado em 07 fev. 2005] Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/>.

10. Gouveia HG, Lopes MHBM. Nursing diagnoses and most common collaboration problems in high-risk pregnancy. Rev Latino-am Enferm. 2004; 12(2):175-82.

11. Cyrillo RMZ. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

12. Lucena FL, Barros, ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005; 18(1):82-8.

13. Quinto Neto A, Bittar OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa Editora; 2004. 207p.

Data de submissão: 23/10/07

Data de aprovação: 21/11/07

# PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO RISCO

## PAINFUL PROCEDURES IN LOW RISK NEONATES

## PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO RIESGO\*

Mariana Bueno<sup>1</sup>  
Andréia da Silva<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A preocupação com os efeitos deletérios resultantes da dor em neonatos é crescente, até mesmo em recém-nascidos (RNs) de baixo risco, que são submetidos a procedimentos dolorosos, considerados isolados e pouco invasivos. **Objetivos:** Verificar e caracterizar procedimentos dolorosos realizados em RNs de baixo risco. **Método:** Estudo descritivo e prospectivo, com coleta de dados dos registros de 156 prontuários. **Resultados:** A média de procedimentos dolorosos durante a internação foi de 5,11, a mediana 4, o número máximo foi de 17 e o mínimo, 2. A média de procedimento/dia foi de 1,29. **Conclusão:** Os RNs são submetidos a um elevado número de estimulações dolorosas durante sua internação e preservá-los dessas experiências deve ser uma preocupação da equipe de enfermagem. Para tanto, métodos não farmacológicos constituem um caminho promissor para o tratamento da dor resultante de procedimentos isolados e de baixa complexidade e merecem ser alvo de investigação.

**Palavras-chave:** Dor; Recém-Nascido; Enfermagem Neonatal

### ABSTRACT

**Background:** Low risk neonates feel pain as a result of commonly low invasive procedures performed during their hospitalization. Prevention of pain adverse effects is an important act of health professionals. **Objectives:** To verify frequency and to characterize types of painful procedures performed in low risk neonates. **Methods:** This is a descriptive and prospective study. Data were collected from 156 medical charts. **Results:** An average 5.11 painful procedures were performed during hospitalization, the average was 4, the maximum was 17 and the minimum was 2. Average procedures per day were 1.29. **Conclusion:** Low risk neonates suffer lots of painful procedures during hospitalization and the nursing team must consider pain prevention as an important element of nursing care. Non-pharmacologic methods must be considered as an alternative for pain relief in isolated and low complex procedures and should be better investigated.

**Key words:** Pain; Infant, Newborn; Neonatal Nursing

### RESUMEN

**Introducción:** La preocupación con los efectos deletéreos resultantes del dolor en recién nacidos es creciente, incluso en aquellos de bajo riesgo, que son sometidos a procedimientos dolorosos, considerados aislados y poco invasivos. **Objetivos:** Verificar y caracterizar procedimientos dolorosos realizados en recién nacidos de bajo riesgo. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo prospectivo con recogida de datos de historias clínicas de 156 legajos de recién nacidos. **Resultados:** El promedio de procedimientos dolorosos durante la internación fue de 5,11; mediano 4; número máximo 17 y mínimo 2. El promedio de procedimientos/día fue de 1,29. **Conclusión:** Los recién nacidos son sometidos a un elevado número de estimulaciones dolorosas durante su internación y al equipo de enfermería le corresponde preservarlos de tales experiencias. Los métodos no farmacológicos son un camino prometedor para el tratamiento del dolor resultante de procedimientos aislados y de baja complejidad y, por lo tanto, deberían ser objeto de investigación.

**Palabras clave:** Dolor; Recién nacido; Enfermería Neonatal

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela EEUUSP. Membro do Comitê de Dor em Pediatria da SBED. Bolsista pelo CNPq do Núcleo de Apoio à Pesquisa Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>2</sup> Enfermeira Clínica da Unidade Neonatal da Sociedade Hospital Samaritano-SP. Especialista em Enfermagem Neonatal.  
Endereço para correspondência: Rua Itapiru, 224, apto. 31, Saúde, CEP 04143-010, São Paulo, SP.  
E-mail: maribueno@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

A preocupação com os efeitos deletérios, em curto e em longo prazos, resultantes da dor em neonatos, é crescente. Destaca-se, em especial, recém-nascidos (RNs) internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que são submetidos a múltiplos procedimentos dolorosos durante sua internação.

No entanto, RNs considerados de baixo risco, que permanecem, em geral, internados apenas durante as primeiras 72 horas de vida, também são submetidos a procedimentos causadores de dor. Por serem realizados de modo isolado e considerados como pequenos e pouco invasivos, esses procedimentos não são acompanhados de métodos de alívio na maioria das vezes em que são realizados. Entre os mais comumente utilizados, encontram-se a lancetagem de calcâneo e punções venosas para coleta de amostras sanguíneas para exames laboratoriais e lavagem gástrica.<sup>1-3</sup>

Algumas medidas não farmacológicas são consideradas efetivas para a redução das respostas à dor nesses procedimentos, a exemplo de oferta oral de soluções adocicadas, sucção não nutritiva, combinação entre soluções adocicadas e sucção não nutritiva, além de sucção em seio materno.<sup>4-7</sup> São medidas efetivas e facilmente aplicáveis, mas ainda não incorporadas como práticas institucionais na assistência neonatal.

Ressalte-se como vantagens dos métodos não farmacológicos a ação praticamente imediata, permitindo sua aplicação momentos antes da realização do procedimento, e o baixo custo, pois não requerem recursos humanos ou tecnológicos especializados e específicos para o emprego deles. Além disso, não há relatos de eventos adversos resultantes de sua utilização de modo isolado.

Assim, faz-se necessário verificar quais procedimentos e com que frequência são realizados neonatos considerados saudáveis, para que seja possível justificar a necessidade de utilização e propor a introdução de métodos não farmacológicos de analgesia nessa população.

Este estudo teve com objetivos verificar e caracterizar os registros referentes a procedimentos dolorosos mais comumente realizados em RNs de baixo risco.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo, de abordagem quantitativa, realizado na Unidade Neonatal de uma instituição privada do município de São Paulo.

Foram analisados pelas pesquisadoras os prontuários de todos os RNs saudáveis, nascidos na instituição entre os meses de outubro de 2005 e março de 2006, e internados em Unidade Neonatal de Baixo Risco. Foram excluídos do estudo os RNs que necessitaram de soroterapia ou oxigenioterapia e, portanto, de internação em Unidade de Terapia Semi-Intensiva.

Os dados foram obtidos na ocasião da alta do RN, com base nos registros diários de enfermagem (anotações e evoluções). A quantidade e o tipo de procedimentos foram transcritos para impresso específico e armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel for Windows. Realizou-se a análise descritiva dos dados obtidos.

O estudo teve início mediante análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

## RESULTADOS

Foram analisados 156 prontuários de RNs internados na Unidade Neonatal de Baixo Risco da instituição campo de estudo. O tempo de internação variou entre três e seis dias, considerando o dia de nascimento como o primeiro dia de internação.

Os procedimentos dolorosos realizados foram: punção intramuscular, punção venosa, punção arterial, punção capilar de calcâneo, lavagem gástrica e aspiração de vias aéreas (Tabela 1).

**TABELA 1 – REGISTRO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DOLOROSOS, POR DIA DE INTERNAÇÃO. SÃO PAULO, 2006.**

Procedimento	Dias de internação						Total
	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	
Punção venosa	05	29	160	25	4	1	224
Punção arterial	01	01	01	0	0	0	03
Punção capilar	99	80	40	16	3	0	238
Punção intramuscular	302	08	02	0	0	0	312
Lavagem gástrica	21	05	0	0	0	0	26
Aspiração de vias aéreas	01	0	0	0	0	0	01

No primeiro dia de internação, o procedimento mais comumente realizado foi a punção intramuscular (302 procedimentos); no segundo dia, a punção capilar de calcâneo (80); entre o terceiro e o quarto dia, a punção venosa (160 procedimentos no terceiro dia e 25 no quarto dia).

A média de procedimentos dolorosos durante a internação foi de 5,11 por RN, com mediana de 4 e desvio-padrão de 3,08. O número máximo de procedimentos dolorosos foi de 17 e o mínimo 2, por RN, durante todo o período de internação.

Por dia, os neonatos foram submetidos a 1,29 procedimentos dolorosos, em média, com mediana de 1 e desvio-padrão de 0,77. O valor mínimo foi 0,5 e o máximo, 4,33 procedimentos/dia.

No primeiro dia de internação, os RNs foram submetidos a 2,75 procedimentos dolorosos, em média. Nesse período, todos receberam punção intramuscular: 9 (5,7%) RNs receberam uma punção (para administração de vitamina K) e 147 (94,2%) neonatos, duas punções, para administração de vitamina K e vacina contra hepatite B.

Ainda no primeiro dia de internação, 35 (22,4%) RNs receberam de 1 a 5 punções capilares. Até o momento da alta, todos os RNs também foram submetidos a uma punção capilar ou venosa, para coleta do *screening* neonatal.

## DISCUSSÃO

A partir da 20ª semana gestacional, o feto possui os elementos neuroanatômicos e neuroendócrinos necessários à percepção dolorosa. Assim, quaisquer neonatos, até mesmo os prematuros, sentem dor desde o nascimento. No entanto, as vias modulatórias e inibitórias da dor não estão totalmente desenvolvidas ao nascimento, tornando-se funcionais gradualmente durante a infância. Destaque-se, ainda, que a estimulação dolorosa repetida ainda no período neonatal, sem o adequado tratamento, pode ocasionar alterações futuras de aspectos comportamentais, fisiológicos, psicológicos e cognitivos durante a infância.

Assim, a prevenção e o alívio da dor no RN devem tornar-se pontos fundamentais na assistência ao neonato, em especial quando a ocorrência de dor relaciona-se a procedimentos realizados pela própria equipe assistencial.

Há evidências de que os procedimentos citados anteriormente são causadores de dor no RN.<sup>8</sup> Embora sejam considerados procedimentos pouco invasivos e, na maioria das vezes, sejam realizados de maneira isolada, os dados evidenciam que, nos neonatos estudados, a frequência de tais procedimentos foi elevada.

A aplicação da vitamina K ao nascimento, na dose de 0,5 a 1mg, por punção intramuscular em face ântero-lateral da coxa, é recomendada para prevenção da doença hemorrágica do RN, que acomete 1 entre 200 a 400 neonatos que não receberam a vitamina.<sup>9,10,11</sup> Justifica-se, portanto, o elevado número de punções intramusculares no primeiro dia de internação, ou seja, na data do nascimento.

Já a vacina contra hepatite B é aplicada na dose de 5 mcg, o que equivale a 0,5 ml por via intramuscular em face ântero-lateral da coxa, nas primeiras 12 horas de vida.<sup>12</sup> Sua administração é preconizada, no Brasil, pelo Ministério da Saúde<sup>13</sup> e pela Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>14</sup>. O esquema de imunização visa prevenir na humanidade a infecção pelo vírus da hepatite B e a maior incidência da cronificação da doença, que permanece como causa importante de morbimortalidade nos países da América Latina.<sup>14</sup>

Assim como para a aplicação da vitamina K, utiliza-se a via intramuscular para administração da vacina contra hepatite B, justificando o elevado número de punções intramusculares no dia de nascimento dos RNs estudados.<sup>15</sup>

A glicemia capilar consiste no controle do nível de glicose do RN mediante a punção capilar em calcâneo. Ao nascimento, há interrupção da fonte exógena de glicose no momento da ligadura do cordão umbilical, o que pode ocasionar redução do nível glicêmico na primeira e na segunda hora de vida, até que o próprio RN estabeleça seu metabolismo de glicose; tais níveis tendem a se estabilizar por volta da terceira e da quarta hora de vida.<sup>16,17</sup>

São considerados RNs de risco para a ocorrência de hipoglicemia: RNs pequenos ou grandes para a idade gestacional, filhos de mães diabéticas; RNs hipotérmicos; RNs portadores de erros inatos do metabolismo ou portadores de desordens metabólica. Assim, recomenda-se controle glicêmico nas primeiras 24 a 72 horas de vida desses RNs.<sup>18</sup>

Os elevados números de punção capilar entre o primeiro e o terceiro dia de vida elucidam, principalmente, o controle de glicemia capilar nos neonatos estudados.

Em relação ao *screening* neonatal, popularmente conhecido como “teste do pezinho”, esse é um procedimento realizado geralmente por punção em calcâneo, mas que também pode ser realizado punção venosa no RN. Consiste na coleta de algumas gotas de sangue em papel especial (tipo filtro). A amostra sangüínea deve ser obtida após 48 horas de vida, tempo suficiente para que a amamentação esteja bem instalada e a ingesta de proteínas seja adequada, o que permite a elevação de substâncias como a fenilcetonúria.<sup>19,21</sup>

As punções venosas e arteriais realizadas durante todo o período de internação justificam-se pela necessidade de coleta de amostras sangüíneas para alguns exames (bioquímica sorológicas, dentre outros) durante o período de internação. Entretanto, as punções venosas realizadas no terceiro e no quarto dia de internação refletem, predominantemente, as coletas de sangue para o *screening* neonatal. As punções de calcâneo registradas nesse mesmo período de internação podem ter sido realizadas também para a coleta do *screening*.

Outros procedimentos dolorosos realizados, em menor frequência, nos RNs estudados foram a lavagem gástrica e a aspiração de vias aéreas. São procedimentos que também geram desconforto e dor ao RN. Em geral, são necessários, em razão de retenção gástrica ou em vias aéreas de líquido amniótico pelo RN no momento do nascimento, resultando em náuseas e vômitos nas primeiras horas de vida.<sup>22</sup>

Os procedimentos descritos são fundamentais para a terapêutica e o diagnóstico, durante o período de internação, e não podem deixar de ser realizados. Contudo, o controle da dor é indispensável e deve ser uma preocupação durante a realização dos procedimentos e incorporado às práticas assistenciais em RNs de baixo risco.

A equipe de enfermagem desempenha papel fundamental nesse segmento populacional, visto que é responsável pela realização de todos esses procedimentos, descritos como dolorosos.

Algumas medidas podem ser adotadas pela equipe, a exemplo de utilização de técnica correta, o que auxilia na redução do número de repetições do procedimento. Além disso, os procedimentos devem ser planejados e agrupados sempre que possível, a exemplo de coletas sangüíneas para glicemia capilar associadas à coleta de sangue para *screening* neonatal.

Ademais, destaca-se a importância do uso de métodos não farmacológicos, como soluções adocicadas, sucção não nutritiva, associação entre ambos e sucção em seio materno, na execução de tais procedimentos invasivos. Há estudos clínicos que evidenciam a eficácia desses métodos.<sup>1-3,23</sup>

Por apresentarem vantagens como ação praticamente imediata, baixo custo e ausência de relatos de eventos adversos resultantes de sua utilização de modo isolado, esses métodos são alternativas relevantes para o tratamento da dor no RN, mediante procedimentos isolados e de baixa complexidade.

Assim, estudos nacionais e realizados por enfermeiros merecem ser melhor explorados para que a implementação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor se torne uma realidade em unidades neonatais de baixo risco.

## 5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por terem sido coletados de prontuários médicos, os dados podem não refletir com exatidão o número de procedimentos realizados. Em especial no que se refere às punções (venosas, arteriais e capilares), uma vez que não é incomum a necessidade de uma ou mais tentativas para o êxito do procedimento.

Além disso, o estudo foi realizado em apenas uma instituição, com um número limitado de amostras, o que dificulta a generalização dos resultados para outros serviços.

Por fim, ressalte-se que a instituição avalia a dor como o quinto sinal vital de todos os pacientes internados, em todas as unidades, desde novembro de 2003. Para este estudo, não foram analisados os registros de avaliação de dor, escores de dor no momento dos procedimentos, bem como não foram analisados os registros de intervenções adotadas durante os procedimentos. Assim, a realização de estudos analisando essas variáveis é necessária e relevante para a atuação da equipe de enfermagem.

## CONCLUSÃO

É significativo o número de procedimentos dolorosos aos quais os RNs considerados saudáveis foram submetidos durante seus primeiros dias de vida. Isso demonstra que essa população também é vulnerável à ocorrência de dor no período neonatal e, conseqüentemente, aos efeitos deletérios resultantes da dor não tratada adequadamente.

Assim, preservar esses RNs das experiências dolorosas causadas por procedimentos necessários e inerentes à internação deve ser preocupação constante da equipe multiprofissional. Assim sendo, urge a incorporação de práticas para a prevenção e o alívio da dor em neonatos de baixo risco. Métodos não farmacológicos constituem um caminho promissor para o controle da dor resultante de procedimentos dolorosos e merecem ser alvo de investigação, principalmente pela equipe de enfermagem.

\*Agradecemos à Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliseth Ribeiro Leão pelas sugestões e orientações para a condução e conclusão deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Guinsburg R. A dor que não fala [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
2. Bueno M. Dor no período neonatal. In: Leão ER, Chaves LD. Dor: 5º sinal vital – reflexões e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Livraria Martinari; 2007. p.228-49.

3. Silva A. Alívio da dor no recém nascido: terapêutica farmacológica e não farmacológica [monografia]. São Paulo: Universidade São Camilo; 2004.
4. Franck LS, Lawhon G. Environmental and behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. *Semin Perinat.* 1998; 22(5):434-43.
5. Gaíva MAM. Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais. *Pediatr Mod.* 2001; 37(5): 155-68.
6. Guinsburg R, Balda RCX. Dor em neonatologia. In: Teixeira MJ, Editor. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. p.548-54.
7. Bueno M, Kimura AF. Abordagens não farmacológicas na redução da resposta à dor em recém-nascidos: análise da produção científica. *Pediatr Mod.*; 2006. No prelo.
8. Anand KJS, The International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001; 155: 173-9.
9. Keefer CH. Cuidados com o recém-nascido normal no berçário. In: Cloherty JP, Stark AR. Manual de neonatologia. 4ª ed. São Paulo: MEDSI; 2000. p.68.
10. Balda RCX. Distúrbios hemorrágicos no período neonatal. In: Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, Almeida MFB, Myoshi MH, Guinsburg R. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 413-21.
11. Christou HA, Rowitch DH. Problemas hematológicos. In: Cloherty JP, Stark AR. Manual de neonatologia. São Paulo: MEDSI; 2000. p. 483-8.
12. Burchett SK. Infecções virais. In: Cloherty JP, Stark AR. Manual de neonatologia. 4ª ed. São Paulo: MEDSI; 2000. p.277-8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. [Citado em 2006 Set 01]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21462](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462).
14. Brasil. Sociedade Brasileira de Pediatria. [Citado em 2006 Set 01]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/index.cfm>.
15. Sadeck LSR, Ramos JLA. Resposta imune à vacinação contra hepatite B em recém-nascido pré-termo, iniciada no primeiro dia de vida. *J Pediatr (Rio de Janeiro).* 2004; 80(2): 113-8.
16. Wilker RE. Problemas Metabólicos. In: Cloherty JP, Stark AR. Manual de neonatologia. 4ª ed. São Paulo: Medsi; 2000. p.578-83.
17. Falcão MC, Nicolau EM. Distúrbios Metabólicos. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 2003. p.181-2.
18. Girão SARC, Draque CM. Distúrbios no metabolismo de hidratos de carbono. In: Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, Almeida MFB, Myoshi MH, Guinsburg R. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 297-305.
19. Meneguel JF. Triagem neonatal. In: Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, Almeida MFB, Myoshi MH, Guinsburg R. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 639-45.
20. Ramalho AS, Magna LA, Silva RBPA. Portaria MS nº 822/01 e a triagem neonatal da hemoglobinopatias. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2002; 24(4): 244-50.
21. Lima JL. Teste do pezinho: hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria. 2002. [Citado em 01 Nov. 2006]. Disponível em: <http://www.uff.br/dicicamep/pezinho.htm>.
22. Barros JCR, Tase TH. Reanimação ao nascimento. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 2003. p.29-30.
23. Balda RCX. Fatores que interferem na comunicação da dor entre o recém nascido e o adulto que o observa: Influência das características pessoais e profissionais do observador [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Data de submissão: 28/02/07  
Data de aprovação: 21/12/07

# FATORES ASSOCIADOS À COMBINAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA EM MULHERES\*

## BODY MASS INDEX AND WAIST CIRCUMFERENCE COMBINATION IN WOMEN AND ASSOCIATED FACTORS

## FACTORES ASOCIADOS A LA COMBINACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA EN MUJERES

Christiane Motta Araujo<sup>1</sup>  
Jorge Gustavo Velásquez-Meléndez<sup>2</sup>

### RESUMO

Neste estudo, teve-se como objetivo testar associação entre fatores socioeconômicos, de estilo de vida, reprodutivos e clínicos, bem como a presença simultânea de obesidade central e global, em mulheres. Foi usado o delineamento de estudo caso-controle para verificar a associação entre as variáveis independentes e a dependente, por meio de regressão logística multivariada, e a força de associação foi estimada por meio dos Odds Ratio e seus intervalos de confiança. Permaneceram significantes para esse tipo de obesidade: idade (OR 3,772 – faixa etária 30-39 anos; OR 15,769 – faixa etária 50-65 anos), baixa renda (OR 2,422), baixa escolaridade (OR 2,937), menarca com 12 anos ou mais, confere efeito protetor (OR 0,409; IC95% 0,214-0,784), alta paridade (OR 6,795; IC95% 3,137-14,717), obesidade materna (OR 2,867; IC95% 1,623-5,065) e hipertensão diastólica (OR 5,251; IC95% 2,132-12,933). A baixa escolaridade, baixa renda e alta paridade foram significativamente associadas à condição de obesidade centralizada e global no grupo de mulheres estudadas.

**Palavras-chave:** Obesidade; Mulheres; Circunferência Abdominal; Índice de Massa Corporal; Fatores de Risco; Fatores socioeconômicos

### ABSTRACT

Relationships between social-economics factors, lifestyle, reproductive and hypertension with central obesity and global overweight in women were studied by case-control study. Odds Ratio and confidence interval of 95% was estimated by logistic regression. Adjusted analysis shown: age (OR = 3.772 – ages 30-39, OR= 15.769 ages-50-65), low income (OR= 2.422), low schooling (OR= 2.937), menarche at 12 (OR 0.409; IC95% 0.214-0.784), high parity (OR 6.795; IC95% 3.137-14.717), mother overweight (OR 2.867; IC95% 1.623-5.065) and diastolic hypertension (OR 5.251; IC95% 2.132-12.933), were associated to global obesity. Women with less schooling and income and high parity were significantly associated to high waist circumference and high body mass index.

**Key words:** Obesity Women; Abdominal Circumference; Body Mass Index; Risk Factors; Socioeconomic Factors

### RESUMEN

El objeto del presente estudio fue comprobar la asociación entre factores socio-económicos, de estilo de vida, reproductivos y clínicos y la presencia simultánea de obesidad central y global en mujeres. Se aplicó el estudio de caso - control para verificar la asociación entre las variables independientes y la dependiente, con regresión logística multivariada. La fuerza de asociación fue estimada por medio de odds ratio y sus intervalos de confianza. Permanecieron significantes para este tipo de obesidad: edad (OR= 3,772 – rango de edad 30-39 años, OR 15,769 – rango de edad 50-65 años), bajos ingresos (OR = 2,422), baja escolaridad (OR= 2,937), menarquía a los 12 años o más confiere efecto protector (OR=0,409; IC95% 0,214-0,784), alta paridad (OR 6,795; IC95% 3,137-14,717), obesidad materna (OR= 2,867; IC95% 1,623-% 5,065) e hipertensión diastólica (OR= 5,251; IC95% 2,132-12,933). Baja escolaridad, bajos ingresos y alta paridad son los factores que más se asociaron a la obesidad central y global en el grupo de mujeres objeto de estudio.

**Palabras clave:** Obesidad Mujeres; Circunferencia Abdominal; Índice de Masa Corporal; Factores de riesgo; Factores socioeconómicos

\*Texto construído a partir da dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da UFMG.

<sup>1</sup> Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFMG.

<sup>2</sup> Prof. Dr. Do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte-MG, Brasil, 30130-100.

E-mail: guveme@ufmg.br

## INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada, atualmente, um problema de saúde pública em nível mundial, atingindo taxas excessivamente altas em algumas populações, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.<sup>1</sup> Em nível mundial, estima-se que 250 milhões de indivíduos são obesos, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que 300 milhões de pessoas apresentarão essa doença em 2025.<sup>1</sup>

Estudos populacionais realizados no Brasil nos últimos 25 anos têm demonstrado significativo aumento nas prevalências de sobrepeso e obesidade em todas as regiões do País, tanto em homens quanto em mulheres.<sup>2</sup>

Os determinantes da obesidade têm sido objeto de vários estudos. Extensa revisão bibliográfica demonstra que os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e a alta paridade são potencializadores da suscetibilidade genética<sup>3</sup>, assim como as significativas modificações nos padrões de morbidade e do perfil nutricional ocorridas na população brasileira conhecidas como transição epidemiológica e nutricional.

A circunferência da cintura tem sido reportada como um indicador aproximado de nível de massa gorda intra-abdominal.<sup>4,5</sup> Essa medida vem sendo amplamente utilizada em estudos de base populacional, tanto pela sua associação com doenças cardiovasculares, por exemplo, a hipertensão arterial<sup>6</sup>, quanto pela alta correlação que possui com indicadores bioquímicos que medem distúrbios metabólicos.<sup>7</sup> Por outro lado, o índice de massa corporal (IMC) é comumente usado para classificar sobrepeso e obesidade em adultos.<sup>1</sup> Assim, a circunferência da cintura e o IMC são considerados válidos indicadores de sobrepeso/obesidade, aplicáveis em inquéritos epidemiológicos e adequados preditores de agravos à saúde com a vantagem de serem de baixo custo e fácil utilização para estudos de base populacional.<sup>1</sup> Além disso, o uso do IMC se justifica por sua boa correlação com o percentual de gordura corporal, praticidade de execução e reprodutibilidade.<sup>8</sup> Contudo, esse indicador se correlaciona com a massa gorda total e não se refere à distribuição de gordura corporal.<sup>1,8</sup> A circunferência da cintura, entretanto, compensa essas limitações do IMC por considerar a distribuição de gordura regional.<sup>9</sup> Portanto, a combinação desses dois indicadores (circunferência da cintura e IMC) pode ser mais efetiva na predição de agravos à saúde, como doenças coronarianas, diabetes *mellitus* e distúrbios no metabolismo de lipídios relacionados ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, do que quando usados isoladamente.

Vários autores, em estudos recentes, demonstraram uma variedade de fatores associados ao acúmulo de gordura corporal, admitindo-se, entretanto, que há diferenças entre os fatores associados e os diferentes tipos de obesidade.

Neste estudo, buscou-se estabelecer relações de associação entre fatores socioeconômicos, de estilo de vida e história obstétrica com combinações de dois indicadores antropométricos de massa corporal e de circunferência da cintura.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados utilizados neste trabalho provêm de um estudo transversal realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2000. O grupo de estudo foi composto de mulheres voluntárias, aparentemente saudáveis, sem queixas de doenças infecciosas ou metabólicas. Foram excluídas aquelas com idade inferior a 20 anos e/ou que não puderam realizar exame antropométrico. Assim, obteve-se uma amostra de 693 mulheres.

Foi aplicado um inquérito epidemiológico, por entrevistador treinado, relativo à caracterização da amostra (questões demográficas, econômicas, tabagismo e história reprodutiva, além de dados antropométricos).

Variáveis antropométricas foram utilizadas para compor a variável dependente e traçar o perfil antropométrico da população estudada. Assim, utilizou-se para a mensuração do peso uma balança eletrônica digital (Modelo PL 150, Filizzola Ltda., Brasil), com o indivíduo vestido com roupas leves (excluindo calças *jeans* e agasalhos pesados) e estar sem sapatos, seguindo técnicas padronizadas.<sup>10</sup> A medida foi registrada com precisão de 0,1 kg.<sup>10</sup> A medida da altura foi tomada com o indivíduo sem sapatos e sem meias, posicionado de pé sobre a superfície do estadiômetro. Procedeu-se a medida até o milímetro mais próximo.<sup>10</sup> A circunferência da cintura (CC) avalia a obesidade abdominal e foi obtida com o indivíduo ereto, abdome relaxado, braços soltos e os pés juntos, tomando-se a medida no ponto médio entre a parte inferior da costela e a parte superior da crista ilíaca. O índice de massa corporal (IMC) avalia obesidade global e é obtido por meio da seguinte equação:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 (\text{m}^2)$ . Entre as variáveis de estilo de vida, o fumo refere-se ao questionamento feito à entrevistada quanto a ser ou não tabagista<sup>11</sup>, número de cigarros/dia e tempo de fumo em anos. As variáveis clínicas selecionadas para o estudo foram a pressão arterial e a obesidade familiar. A pressão arterial foi medida pelo método indireto, com esfigmomanômetros de mercúrio, e seguiu todos os passos preconizados no *VI Relatório da Joint National Committee*.<sup>12</sup> A aferição foi realizada três vezes com intervalos de dois minutos entre cada procedimento.

Para este estudo, utilizou-se o desenho caso-controle. A variável dependente foi construída com base na combinação de três categorias de circunferência da cintura (CC) e três categorias do índice de massa corporal (IMC) baseada na distribuição terciar dessas variáveis. Assim a combinação dessas três categorias de cada variável deu origem a nove subcategorias. Para o desenvolvimento, foram escolhidas apenas duas categorias extremas das nove categorias originais. A categoria que combina indivíduos no primeiro tercil da CC e do IMC foi considerada como grupo-controle, aquela que incorpora o terceiro tercil da CC, e o terceiro tercil do IMC foi considerada grupo de casos. Dessa forma, no grupo e nos casos estão incluídas mulheres com valores altos para o indicador IMC e para o indicador CC simultaneamente e consideramos como grupo obesidade.

O estudo caracterizou as situações demográfica, socioeconômica, reprodutiva, tabagismo e a história

familiar de obesidade, identificadas como variáveis independentes. Assim, foram categorizadas da seguinte forma: a idade em 20-29, 30-39, 40-49, 50-65 anos; a cor da pele em branca, parda ou negra; a escolaridade em oito anos e < oito anos de estudo; o estado civil em solteiras, casadas e separadas, divorciadas/viúvas; e a renda familiar corresponde à renda familiar mensal informada pela entrevistada e dividida em quartis de renda da população de estudo. A renda mais baixa foi considerada até R\$ 286,00, a média baixa entre R\$ 287,00 e 520,00, a média alta entre R\$ 521,00 e 1000,00; e renda mais alta acima de 1001,00 reais. Quanto à atividade laboral se trabalha ou não, atualmente. Entre as variáveis reprodutivas, foram selecionadas para o estudo a idade de menarca, que para fins de análise foi dicotomizada em menarca com  $\leq 12$  anos e  $< 12$  anos;<sup>13</sup> a paridade que se refere ao número total de partos foi categorizada em nenhum filho, um a dois filhos e três ou mais filhos; a variável aborto que considerou ter tido ou não aborto; e, finalmente, se era menopausada ou não.

Foram testadas associações bivariadas entre a variável dependente e as variáveis independentes. Posteriormente, as variáveis estatisticamente significantes na análise bivariada ( $p < 0,05$ ) foram selecionadas para a análise multivariada. A força das associações foi avaliada usando-se Odds Ratio (OR) e seus intervalos de confiança de 95%. Para excluir a possibilidade de associações confundidoras utilizou-se a análise de regressão logística multivariada, que possibilitou ajuste dos fatores independentemente associados à variável dependente.

Todos os dados foram analisados utilizando-se o software SPSS/PC + versão 10.0 (SPSS Incorporation, 2002). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Todas as entrevistadas foram informadas a respeito dos

objetivos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

A população estudada foi constituída por 693 indivíduos do sexo feminino, entre 20 e 65 anos de idade (média de idade de  $33,62 \pm 10,25$ ). O grupo de casos foi composto de 196 mulheres e o grupo controle, de 190 mulheres.

A média de peso entre as entrevistadas foi de 61,34 kg com desvio-padrão de 12,79 para uma média de altura de 1,58 cm. A média de circunferência da cintura foi de 79,78 cm com desvio-padrão de 13,71 e índice de massa corporal de  $24,47 \text{ kg/m}^2$ . Um número bastante expressivo de mulheres apresentou excesso de peso (37,4%), sendo 25,9% de sobrepeso e 11,5% de obesidade. Na população de estudo, 32,4% das mulheres informaram ter mães obesas. A pressão arterial diastólica alta teve porcentagem maior (17,6%) do que a pressão arterial sistólica elevada (9,2%).

A Tabela 1 apresenta os resultados do bloco das variáveis demográficas e socioeconômicas. Verifica-se que a idade, a escolaridade, o estado civil e o terceiro tercil de renda familiar associam-se significativamente à obesidade. Em relação à escolaridade, a chance de as mulheres com menos de oito anos de estudo serem obesas foi três vezes a de mulheres com oito anos ou mais de estudo (OR=2,937; IC95% 1,619-5,329). Mulheres separadas, divorciadas ou viúvas permaneceram no modelo com maior chance de serem obesas (OR= 2,564) em relação às solteiras.

A renda familiar permaneceu no modelo apenas o terceiro tercil de renda familiar (OR=2,422). Observa-se que mulheres com renda familiar no terceiro quartil têm mais chance de ser obesas quando comparadas àquelas no quarto quartil.

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS E CONTROLES, RAZÃO DE OR BRUTA (IC 95%) E RAZÃO DE OR AJUSTADO (IC 95%) SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SÓCIOECONÔMICAS. BELO HORIZONTE, 2000.**

Variáveis	Casos	%	Controles	%	OR br.	IC95%	OR aj.	IC95%
<b>Idade</b>								
20-29	36	23,4	118	76,6	1,0	-	1,0	-
30-39	66	56,4	51	43,6	4,242	2,516 - 7,151	3,772	2,143 - 6,639
40-49	53	77,9	15	22,1	11,581	5,844 - 22,951	9,934	4,683 - 21,071
50-65	41	87,2	06	12,8	22,372	8,791 - 56,934	15,760	5,842 - 42,511
<b>Escolaridade</b>								
$\geq 8$ anos	69	36,1	122	63,9	1,0	-	1,0	-
< 8 anos	127	65,1	68	34,9	3,302	2,176 - 5,010	2,937	1,619 - 5,329
<b>Estado civil</b>								
Solteira	31	27,7	81	72,3	1,0	-	1,0	-
Casada	118	57,0	89	43,0	3,464	2,107 - 5,695	1,539	0,838 - 2,828
Sep/div/viúva	47	70,1	20	29,9	6,140	3,151 - 11,966	2,564	1,134 - 5,797
<b>Renda</b>								
4º quartil	32	34,8	60	65,2	1,0	-	1,0	-
3º quartil	61	62,2	37	37,8	3,091	1,709 - 5,589	2,422	1,161 - 5,052
2º quartil	57	55,3	46	44,7	2,323	1,302 - 4,144	1,208	0,565 - 2,581
1º quartil	45	50,0	45	50,0	1,875	1,033 - 3,401	0,771	0,332 - 1,790

Modelo ajustado por todas as variáveis nele incluídas.

A Tabela 2 mostra o modelo multivariado do bloco de variáveis referentes a características reprodutivas. Permaneceram significativas as variáveis paridade e menarca. Observa-se a relação direta entre número de partos e obesidade. O grupo de mulheres com três ou mais partos apresentou uma chance de quase sete vezes à de mulheres que não tiveram filhos de ter obesidade.

Houve uma queda nas estimativas do Odds Ratio no modelo ajustado, principalmente na categoria de três ou mais partos.

A menarca de maior menarca ou igual a 12 anos foi associada de forma inversa com a obesidade (OR= 0,409), e a variável aborto perdeu a significância estatística no modelo ajustado.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS E CONTROLES, RAZÃO DE OR BRUTA (IC 95%) E RAZÃO DE OR AJUSTADO (IC 95%) SEGUNDO CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS. BELO HORIZONTE, 2000.**

Variáveis	Casos	%	Controles	%	OR br.	IC95%	OR aj.	IC95%
<b>Menopausa</b>								
Não	151	45,3	182	54,7	1,0	-	1,0	-
Sim	54	84,9	08	15,1	6,777	3,100 - 14,818	1,616	0,507- 5,151
<b>Paridade</b>								
Nenhum parto	25	22,7	85	77,3	1,0	-	1,0	-
Um a dois partos	73	47,4	81	52,6	3,064	1,774 - 5,294	2,849	1,489- 5,472
Três ou mais partos	98	80,3	24	19,7	13,883	7,387 - 26,091	6,795	3,137-4,717
<b>Aborto</b>								
Não	62	69,7	27	30,3	1,0	-	1,0	-
Sim	134	45,1	163	54,9	2,792	1,683 - 4,633	1,132	0,584-2,194
<b>Menarca</b>								
< 12 anos	49	63,6	28	36,4	1,0	-	1,0	-
≥ 12 anos	147	47,6	162	52,4	0,519	0,310 - 0,868	0,409	0,214- 0,784

Modelo ajustado.

A Tabela 3 apresenta resultados referentes ao bloco das variáveis correspondentes ao estilo de vida. Apenas

a categoria de 20-29 anos de tabagismo permaneceu significativa para obesidade no modelo ajustado.

**TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DE CASOS E CONTROLES, RAZÃO DE OR BRUTA (IC 95%) E RAZÃO DE OR AJUSTADO (IC 95%) SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DE ESTILO DE VIDA. BELO HORIZONTE, 2000.**

Variáveis	Casos	%	Controles	%	OR br.	IC95%	OR aj.	IC95%
<b>Idade</b>								
20-29	36	23,4	118	76,6	1,0	-	1,0	-
30-39	66	56,4	51	43,6	4,242	2,516 - 7,151	1,915	0,516 - 7,114
40-49	53	77,9	15	22,1	11,581	5,844 - 22,951	2,555	0,578 - 11,307
50-65	41	87,2	06	12,8	22,372	8,791 - 56,934	1,568	0,164 - 15,001
<b>Tempo de fumo (anos)</b>								
< 10	07	29,2	17	70,8	1,0	-	1,0	-
10 - 19	12	48,0	13	52,0	2,242	0,689 - 7,289	1,941	0,568 - 6,632

Modelo ajustado

Quanto às características clínicas (Tabela 4), a categoria obesidade da mãe permaneceu associada com a obesidade após ajuste (OR=2,867; IC 1,62-5,06). As demais

categorias perderam a significância. Da mesma forma, a pressão arterial diastólica alta permaneceu associada à obesidade (OR=5,25; IC 2,13-12,9).

**TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS E CONTROLES, RAZÃO DE OR BRUTA (IC 95%) E RAZÃO DE OR AJUSTADO (IC 95%), SEGUNDO CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. BELO HORIZONTE, 2000.**

Variáveis	Casos	%	Controles	%	OR br.	IC95%	OR aj.	IC95%
<b>Pais serem obesos</b>								
Nenhum	74	39,8	112	60,2	1,0	-	1,0	-
Os dois	26	74,3	09	25,7	4,372	1,939 - 9,857	4,600	1,815 - 11,661
O pai	16	51,6	15	48,4	1,614	0,753 - 3,463	2,323	0,916 - 5,892
A mãe	68	57,6	50	42,4	2,058	1,288 - 3,289	2,867	1,623 - 5,065
<b>Pressão sistólica</b>								
< 140 mm HG	158	46,5	182	53,5	1,0	-	1,0	-
≥ 140 mm HG	38	84,4	07	15,6	4,372	1,939 - 9,857	1,169	0,398 - 3,428
<b>Pressão diastólica</b>								
< 90 mm HG	132	42,4	179	57,6	1,0	-	1,0	-
≥ 90 mm HG	64	86,5	10	13,5	8,672	4,293 - 17,518	5,251	2,132 - 12,933

Modelo ajustado.

#### DISCUSSÃO

As variáveis que se mantiveram associadas à obesidade abdominal e à obesidade global, após o ajuste por idade, foram: renda, escolaridade, estado civil, menarca, paridade, tabagismo, obesidade dos pais e pressão arterial diastólica.

O avanço da idade parece ser fator de risco potencial alto para o desenvolvimento da obesidade. Em uma pesquisa realizada com 3 392 adultos australianos, de ambos os sexos, concluiu-se que o sobrepeso e a obesidade são mais comuns entre aqueles com 45 anos ou mais, com menos escolaridade e os que não estão em empregos remunerados.<sup>14</sup> As pessoas tendem a ganhar peso à medida que envelhecem. O avanço da idade está relacionado com o aumento de índice de massa corporal e a circunferência da cintura.<sup>15,16</sup>

Neste estudo, observa-se que a baixa escolaridade também esteve significativamente associada à obesidade. Estudos evidenciaram, com base em três inquéritos comparáveis, realizados no último quarto do século XX nas duas mais populosas regiões brasileiras, uma mudança na tendência secular da obesidade segundo níveis de escolaridade da população.<sup>17</sup>

Entre as variáveis socioeconômicas estudadas nesta pesquisa, a renda no terceiro quartil se associou significativamente e independentemente com a ocorrência da obesidade. Entretanto, estudos com uma amostra representativa de 4.889 adultos de mais de 20 anos, de ambos os sexos, relataram que aqueles com menores rendimentos anuais tinham a mais alta prevalência de obesidade.<sup>18</sup>

Os dados deste estudo apontam que mulheres obesas apresentam-se com baixa escolaridade e baixa renda

quando comparadas com as não obesas. O estado civil mostrou-se significativamente associado à obesidade central e generalizada, uma vez que mulheres separadas, divorciadas e viúvas eram mais obesas quando comparadas às casadas e solteiras.

Entre as variáveis reprodutivas, a menarca e a paridade permaneceram fortemente associadas à obesidade. Observou-se que mulheres que tiveram menarca com mais de 12 anos tiveram menos chance de ser obesas que mulheres que tiveram menarca com 12 anos ou menos. Os resultados deste estudo concordam com estudo<sup>19</sup>, que confirma a associação independente da idade e paridade na prevalência de sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva, descreve que mulheres com alta paridade mostraram maior prevalência de sobrepeso que mulheres em idade similar, mas com baixa paridade. Também verificaram que a obesidade abdominal esteve associada à menor escolaridade e à maior paridade.

Quanto à variável fumo, neste estudo, apenas o tempo de fumo na categoria de 20-29 anos como fumantes permaneceu significativo, mesmo após o ajuste pela idade. Entretanto, em um estudo transversal, foram relatados que a ausência do tabagismo esteve associada a maiores índices de obesidade central.<sup>20</sup> Em recente pesquisa buscando os efeitos do tabagismo na razão cintura-quadril e índice de massa corporal, concluiu-se que o risco de presença de baixo IMC e alta relação cintura-quadril entre mulheres fumantes foi de duas a cinco vezes maior que para mulheres não fumantes.<sup>11</sup> Neste estudo, de delineamento observacional, não se pôde prever adequadamente a direção da associação entre o tempo de fumo e a combinação de valores altos de IMC e CC, sendo necessário para isso um estudo com delineamento mais apropriado.

Ter pais obesos significou maior chance de se desenvolver obesidade. Deve-se levar em consideração que essa variável foi estabelecida com base na informação fornecida pelas entrevistadas, contudo parece haver forte associação entre o fato de os pais serem obesos e a combinação de IMC e circunferência da cintura em mulheres. Indivíduos que declararam ter mães obesas tiveram maior chance para o desenvolvimento da obesidade em relação aos pais, permanecendo significativa mesmo após o ajustamento. A obesidade presente em ambos os pais relaciona-se a um risco ainda maior de obesidade nas filhas.

Há evidências da influência genética na obesidade.<sup>21</sup> Quando os pais são obesos, existe um risco de 80% de os filhos se tornarem obesos. Se apenas um dos pais é obeso, esse risco diminui para 50%; se os pais são magros, o risco é menor que 10%. Isso pode ser em parte explicado pela aquisição do padrão alimentar da família.

Neste estudo mostrou-se que há relação entre a obesidade e a hipertensão arterial, principalmente no que diz respeito à pressão arterial diastólica, que permaneceu significativa após o ajustamento para idade. A pressão arterial está significativamente associada ao excesso de peso. Alguns estudos mostram a correlação entre a circunferência da cintura e a razão cintura-quadril com os níveis pressóricos aferidos por monitorização ambulatorial.<sup>22</sup>

Uma importante vantagem deste estudo foi a disponibilidade de dados antropométricos detalhados e aferidos por antropometristas treinados. Apesar de se tratar de estudo caso-controle, com uma limitação potencial relacionada à temporalidade das associações, nossos achados são consistentes com outras pesquisas epidemiológicas contemporâneas.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os possíveis fatores determinantes da condição simultânea de obesidade global e centralizada, identificados neste estudo, envolvem as condições socioeconômicas e demográficas, reprodutivas, de estilo de vida e clínicas. As mulheres com idade mais avançada, separadas, divorciadas ou viúvas, de mais baixa renda, menos escolaridade, que relataram menarca com menos de 12 anos, que tiveram dois filhos ou mais, com maior tempo de tabagismo e têm história de obesidade materna, tiveram mais chances de adquirir a condição de obesidade global e centralizada em relação às mulheres estudadas que não apresentaram esse perfil.

Tais resultados proporcionam maiores condições para a elaboração de intervenções e estratégias que podem ser aplicadas na prevenção e no controle da obesidade em mulheres, principalmente relacionadas às condições de obesidade centralizada e globalizada, que apresenta risco aumentado para doenças crônicas e metabólicas.

Data de submissão: 16/01/07  
Data de aprovação: 24/12/07

### REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity. Geneva:WHO; 1997.
2. Monteiro CA, Conde WL, Castro IR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Supl. 1):S67-75.
3. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Physiological Bull*. 1989; 105:206-75.
4. Hsieh SD, Yoshinaga H, Muto T, Sakurai Y, Kosaka K. Health risks among Japanese men with moderate body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; (24):358-62.
5. Wang J, Thornton JC, Bari S, Williamson B, Gallagher D, Heymsfield SB, et al. Comparisons of waist circumferences measured at 4 sites. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(2):379-84.
6. Dyer AR, Liu K, Walsh M, Kiefe C, Jacobs Jr DR, Bild DE. Ten-year incidence of elevated blood pressure and its predictors the CARDIA study. *J Hum Hypertens*. 1999; 13:13-21.
7. Lean MEJ, Han TS, Deurenberg P. Predicting body composition by densitometry from simple anthropometric measurements. *Am J Clin Nutr*. 1996; 63: 4-14.
8. Michels KB, Greenland S, Rosner BA. Does body mass index adequately capture the relation of body composition and body size health outcomes? *Am J Epidemiol*. 1998; 147:167-72.
9. Janssen I, Heymsfield SB, Allison DB. Body mass index and waist circumference independently contribute to the prediction of nonabdominal, abdominal subcutaneous, and visceral fat. *Am J Clin Nutr*. 2002; 75:683-8.
10. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Human kinetics books anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois; 1988.
11. Jee SH, Lee SY, Nam CM, Kim SY, Kim MT. Effect of smoking on the paradox of high waist-to-hip ratio and low body mass index. *Obes Res*. 2002; 10:891-5.
12. Joint National Committee. The sixth report of the Joint National Committee on detection, evaluation, treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med*. 1997; 157: 2413-46.
13. Kac G, Velásquez-Meléndez G, Valente JG. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas de um centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Supl. 1):S111-8.
14. Salmon J, Bauman A, Crawford D, Timpério A, Owen N. The association between television viewing and overweight among Australian adults participating in varying levels of leisure-time physical activity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24:600-06.
15. Binkley JK, Eales J, Jekanowaki M. The relation between dietary change and rising US obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24:1032-9.
16. Gómez AB, Romero Del Sol, IM, Hernández JM. Circunferencia de la cintura en adultos de ciudad de la Habana como indicador de riesgo de morbilidad. *Rev Cubana Aliment Nutr*. 2002; 16:48-53.
17. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 1999; 43(3):186-94.
18. King GA, Titzhugh EC, Bassetjr DR, McLaughlin JE, Strath SJ, Swartz AM, Thompson DL. Relationship of leisure-time physical activity and occupational activity to the prevalence of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25:606-12.
19. Arroyo P, Avila-Rosas H, Fernandez V, Casanueva E, Galvan D. Parity and the prevalence of overweight. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999; 48(3):269-72.
20. Golay A, Felber JP. Evolution of obesity to diabetes. *Diabetes Metab*. 1994; 20:3-14.
21. Strock GA, Cottrell ER, Abang AE, Buschbacher RM, Hannon TS. Childhood obesity: a simple equation with complex variables. *J Long Term Eff Med Implants*. 2005; 15(1):15-32.
22. Guagnano MT, Ballone E, Colagrande V, Della Vecchia R, Manigrasso MR, Merlitti D, Riccioni G, Sensi S. Large waist circumference and risk of hypertension. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25(9):1360-4.

# VIOLENCIA SOFRIDA PELAS PROFISSIONAIS DO SEXO DURANTE SEU TRABALHO E AS ATITUDES TOMADAS APÓS SEREM VITIMADAS

VIOLENCE AGAINST SEX WORKERS DURING THEIR WORK AND WHAT THEY DO AS A RESULT

VIOLENCIA PADECIDA POR LAS PROFESIONALES DEL SEXO DURANTE SU TRABAJO Y ACTITUDES TOMADAS DESPUÉS DE LA VICTIMACIÓN

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto<sup>1</sup>  
Joze da Silva Oliveira<sup>2</sup>  
José Rocha<sup>3</sup>

## RESUMO

Trata-se de estudo descritivo e exploratório tendo como objetivos identificar os tipos de violência que as profissionais do sexo sofrem durante seu trabalho, caracterizar o perfil socioeconômico e identificar as atitudes tomadas pelas mulheres após a vitimização. Os dados foram coletados no período de janeiro a junho de 2003 e contou com a participação de 40 profissionais do sexo feminino da sede do município de Sobral – Estado do Ceará, Brasil. Identificou-se que 25% (10) das profissionais têm idades entre 14 e 19 anos; 25% (10) possuem companheiros fixo; 82,5% (33) são alfabetizadas; 42,5% (17) ganham entre um e três salários mínimos; 12,5% (5) possuem a profissão de doméstica como atividade profissional/ocupação; 30% (12) sofreram violência física, 12,5% (5) violência sexual, 10% (4) violência psicológica e 47,5% (19) referiram não ter sofrido nenhum tipo de violência; 33% (7) entrevistadas relataram que, ao serem violentadas, revidam com violência física, 19% (4) fogem e 48% (10) não reagem.

**Palavras-chave:** Violência; Violência contra a Mulher; Prostituição; Trabalho Feminino

## ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study with the objective of identifying the kind of violence that sex workers suffer at work, describe their social and economic profile and attitudes of the women after the violence. The data was collected from January to June 2003, involving 40 female sex workers from the town of Sobral, State of Ceará, Brazil. Twenty-five percent (10) are aged between 14 and 19 old; 25% (10) have fixed boyfriends; 82.5% (33) know how to read and write; 42.5% (17) earn between 1 and 3 minimum salaries; 12.5% (5) were domestic workers; 30% (12) have suffered physical violence; 12.5% (5) sexual violence; 10% (4) psychological violence and 47.5% (19) said they had not suffered any type of violence. Of the 21 who suffered violence, 33% (7) said that when they were raped, they reacted with physical violence; 19% (4) ran away and 48% (10) did not react.

**Key words:** Violence; Violence Against Women; Prostitution; Women, Working

## RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con miras a analizar la clase de violencia padecida por las profesionales del sexo durante su trabajo, caracterizar su perfil socio-económico e identificar las actitudes tomadas después de la victimización. Los datos se recogieron entre enero y junio de 2003 con cuarenta profesionales del sexo femenino de la sede del municipio de Sobral-Ceará-Brasil. Los resultados revelaron que el 25% (10) tenía entre 14 y 19 años; 25% (10) tenía compañeros fijos; el 82,5% (33) estaba alfabetizada; el 42,5% (17) ganaba entre 1 y 3 sueldos mínimos; el 12,5% (5) era empleada doméstica; 30% (12) padeció violencia física, el 12,5% (5) violencia sexual, 10% (4) violencia psicológica y el 47,5% (19) no había padecido ningún tipo de violencia; el 33% (7) al ser violada respondía con violencia física, el 19% (4) se escapaba y 48% (10) no tomaba ninguna actitud.

**Palabras clave:** Violencia; Violencia contra la Mujer; Prostitucion; Trabajo de Mujeres

<sup>1</sup> Enfermeiro. Sanitarista. Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA).

<sup>2</sup> Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA).

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestre em Estudos Avançados da Educação. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNICSUL.

Endereço para correspondência: Rua Sebastião Miranda, S/Nº, Cariré-Ceará – Brasil, CEP 62184-000

E-mail: rosemironeto@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Durante muitos séculos, as mulheres conviveram com inúmeras diferenças sociais em relação aos homens. Elas não eram vistas nas ruas ou em centros públicos. Viviam restritas ao ambiente doméstico, limitadas às ocupações do lar e às funções reprodutivas.

Em toda história da humanidade, a mulher sempre figurou como uma personagem ligada à reprodução, aos afazeres domésticos, além de ser oprimida e de lhe ser tirado o direito ao desejo e à ascensão social.

Segundo Kury *et al.*<sup>1</sup>,

na Grécia clássica, os homens e as mulheres tinham espaços de atração bastante demarcados. Os homens levavam uma vida voltada para as atividades públicas. Participavam da política como cidadãos que votavam e tinham cargos eletivos. Aprendiam a guerrear e a praticar esportes. As mulheres eram educadas desde cedo para cuidar do lar. Durante o dia, permaneciam em um cômodo da casa, exclusivamente feminino chamado gineceu. Na Idade Média ocorreram poucas mudanças sendo que a mulher era considerada um ser mais fraco que o homem, sendo mais facilmente atraída para o pecado, como Eva. Assim, impedir as mulheres de sair de casa e de ver homens estranhos seria uma forma de protegê-las contra o mal.<sup>1</sup>

Na atualidade, a mulher está mais emancipada e vem ocupando diversos espaços sociais, seja na economia, seja na educação, na política, nos serviços de saúde, na justiça, na construção civil, dentre outros.

O desafio atual das mulheres está na luta pela justiça e pela redução das desigualdades sociais. A emancipação/sociabilização atual expôs as mulheres a vários riscos, tais como doenças cerebrais e cardiovasculares, câncer, além de serem vítimas de assaltos, homicídios, estupros e, também, da violência doméstica.

Na atualidade, a violência está presente nos mais variados segmentos da sociedade contemporânea. O número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e os óbitos por causas externas têm aumentado de forma assustadora, sendo hoje um grave problema de saúde pública.

A violência reflete o sistema social e político em que vivemos, necessitando de estudos mais complexos desde a sua gênese até suas conseqüências para que, assim, se possa deliberar políticas para a sua redução, ou melhor, para seu combate.

Para Pereira *et al.*<sup>2</sup>,

[...] a violência é considerada um fenômeno multicausal que vem atingindo, indistintamente, todos os grupos sociais, instituições e faixas etárias, na qual os indivíduos ora se apresentam como vítimas, ora como agressores. Possui diversas formas de expressões determinadas pela cultura, conceitos e valores utilizados por um povo. Consubstancializa-se em atos com intenção de prejudicar, subtrair, subestimar e subjugar, envolvendo sempre um conteúdo de poder, quer seja intelectual, quer seja

físico, econômico, político ou social. Atinge de forma mais hostil ao seres mais indefesos da sociedade, como as crianças e adolescentes, e também as mulheres sem, contudo, poupar os demais.<sup>2</sup>

A violência também pode ser definida como violação dos direitos humanos e constringimento da vontade:

A violência contra as mulheres expressa a combinação entre dois sistemas que se reforçam mutuamente: o patriarcado – baseado no pressuposto de que existiria uma inferioridade natural das mulheres, com a conseqüente hierarquização dos papéis atribuídos aos gêneros – e a globalização capitalista neoliberal, alicerçada na divisão sexual do trabalho para criar desigualdades adicionais entre homens e mulheres. A violência é uma ferramenta de controle para manter a vigência desta combinação de sistemas.<sup>3</sup>

A violência contra a mulher abrange a violência física, a sexual e a psicológica e pode ocorrer no espaço público ou privado. Conceitualmente, a violência física acontece quando há uma ação destinada a causar dano físico a outra pessoa. A sexual ocorre quando a pessoa em posição de poder obriga outra a realizar atos sexuais contra sua vontade, com chantagem ou força física. Já a psicológica é toda ação ou omissão destinada a produzir dano psicológico ou sofrimento moral a outra pessoa. Mas não podemos deixar de destacar a violência doméstica cometida à mulher que ocorre no âmbito da família, na qual geralmente o agressor é o seu marido ou companheiro. De acordo com Rechtman e Phebo<sup>4</sup>,

as mulheres estão sujeitas à violência em maior ou menor grau em todas as sociedades, sem distinção de nível de educação ou renda, classe social, etnia ou raça. Embora isso aconteça, esses fatores podem agravar as relações de poder existentes, levando a violência às mulheres menos favorecidas. A fome, o desemprego e a miséria ao piorarem as condições de vida, fazem emergir a violência de forma mais acentuada. A violência contra a mulher é agravada por pressões sociais para que a denúncia não seja feita ou pela vergonha ou medo de denunciar. A falta de acesso à informação jurídica, à assistência e à proteção também são impedimento a denúncia.<sup>4</sup>

Em razão de sua dependência financeira ou emocional em relação ao companheiro, da presença de filhos menores e de seu sentimento de vergonha, a maioria das vítimas não leva os agressores ao conhecimento da autoridade policial.

Ainda existem outras formas de violência contra a mulher, como o tráfico de mulheres para a prostituição e a mutilação genital feminina.

Conforme Hughes<sup>5</sup>,

*Aproximadamente três quartos das mulheres traficadas não sabem que se destinam a clubes de strip, bordéis ou para as ruas, onde são vendidas a compradores ansiosos. A maioria das mulheres procura*

*escapar à pobreza, à violência e à falta de oportunidades mas, uma vez sob o controle de “chulos” ou traficantes, são apanhadas pela prostituição por coação e violência física, sexual e econômica. Sem recursos, as mulheres submetem-se na esperança de ganharem dinheiro suficiente para se libertarem da escravidão e encontrarem uma saída. A sujeição das mulheres a vários actos sexuais não desejados resulta em trauma quer psíquico, quer físico. As sobreviventes da prostituição declaram que cada acto de prostituição é sentido como uma violação. De modo a suportar as múltiplas invasões dos seus corpos recorrem a drogas e álcool para entorpecer a sua dignidade e integridade física. Por vezes, a sua saúde física e emocional fica destruída.*<sup>5</sup>

Contudo, o interesse pelo tema surgiu de leituras sobre o assunto, onde se nota que a violência contra as profissionais do sexo é um fato ainda obscuro para a classe científica, por serem quase inexistentes os estudos sobre tal temática. Os principais estudos sobre essas profissionais estão relacionados à sexualidade, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), ao alcoolismo e ao suicídio.

Segundo Brasil<sup>6</sup>, os primeiros estudos sobre prostituição foram feitos, principalmente, por médicos higienistas e criminologistas, com a preocupação de salvaguardar a saúde e a moral das famílias. Contudo, essa preocupação com as “sexualidades vagabundas” por parte dos doutores revelava, na verdade, a intenção de assumirem o papel de mentores dos códigos de moralidade pública.

A profissional do sexo, na sua condição de mulher, não escapa da violência do gênero. No entanto, dada a concepção da sociedade de que a atividade que ela exerce é não só ilícita, mas também moralmente reprovável, a expõe a uma violência ainda maior nos ambientes em que exerce sua atividade, praticada tanto por cliente quanto por policiais.

Não há dúvida de que a violência repercute na saúde da mulher, prejudicando sua integridade física e emocional. Baseado nisso, este estudo foi desenvolvido com os objetivos de identificar os tipos de violência que as profissionais do sexo sofrem durante seu trabalho, caracterizar-lhes o perfil socioeconômico e identificar as atitudes tomadas após a vitimização.

#### MATERIAL E MÉTODO

O estudo consistiu de uma pesquisa exploratório-descritiva. A população foi constituída de profissionais do sexo do município de Sobral-Ceará. A amostra compreende as 40 profissionais do sexo feminino dos bairros Cohab I, Sinhá Sabóia, Dom Expedito, COELCE, Pe. Palhano e Tamarindo. A opção pelas profissionais do sexo desses bairros deveu-se ao fato de estes apresentarem maior número de casas de prostituição e melhor acesso para a pesquisadora. O estudo foi realizado nas casas de prostituição dos referidos bairros no período de janeiro a junho de 2003, sendo a coleta de dados realizada nos meses de maio e junho. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um formulário com perguntas fechadas e abertas, composta por 11 questões, contendo os seguintes conteúdos: identificação, dados socioeconômicos

e referentes à violência. Os dados foram analisados mediante o agrupamento em tabelas, além das discussões de pontos relevantes. O estudo foi realizado com a permissão dos sujeitos do estudo, além da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme as diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>7</sup>, levando em consideração, portanto, os princípios éticos e legais da pesquisa.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo apresenta dados os relativos ao perfil socioeconômico das profissionais do sexo, em seguida dados sobre a violência sofrida e, por último, a conduta tomada após a vitimização, da qual participaram 40 profissionais do sexo feminino.

Quanto ao perfil socioeconômico das profissionais do sexo, foram obtidas as variáveis abaixo (Tabela 1).

**TABELA 1 – VARIÁVEIS QUE CARACTERIZAM O PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO. SOBRAL-CEARÁ – BRASIL, JUN. 2003**

Variáveis	Nº	%
<b>Idade (anos)</b>		
14 a 19	10	25,0
20 a 25	22	55,0
26 a 31	04	10,0
32 a 37	03	7,5
38 a 42	01	2,5
<b>Estado civil</b>		
Solteira	18	45,0
Com companheiro fixo	10	25,0
Sem companheiro fixo	02	5,0
Casada	01	2,5
Separada/Divorciada	09	22,5
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	05	12,5
Analfabeta funcional	02	5,0
Alfabetiza	33	82,5
<b>Renda (salário mínimo - SM)</b>		
Menor que 1 SM	13	32,5
1 a 3 SM	17	42,5
4 a 6 SM	03	7,5
7 e mais SM	02	5,0
Não sabe	05	12,5
<b>Ocupação/Atividade profissional</b>		
Doméstica	05	12,5
Comerciante	04	10,0
Telefonista	01	2,5
Nenhuma	30	75,0
Total	40	100,0

• **Idade** – Observa-se que 25% (10) das profissionais do sexo pesquisadas estão na faixa etária entre 14 e 19 anos; 55% (22) tem entre 20 e 25 anos; 10% (3) possuem entre 26 e 31 anos; 7,5% (3) têm entre 32 e 37 anos e 2,5% (1) na faixa etária entre 38 e 42 anos. Nos dados identifica-se um contingente de mulheres adolescentes (25%) atuando como profissionais do sexo, fato que contraria a legislação, como também quebra um processo do ciclo de vida em que a adolescente está vivenciando uma fase de desenvolvimento, de construção de sonhos e conquistas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA *apud* Parcelle<sup>8</sup>) em seu art. 5º diz o seguinte: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...]”.

• **Estado civil** – Identificou-se que 45% (18) das profissionais do sexo são solteiras, 25% (10) têm companheiro fixo, 5% (2) não possuem companheiro fixo, 1 é casada e 22,5% (9) são separadas/divorciadas.

Embora essas mulheres possuam uma profissão em que se expõem a outros homens, identificou-se que 27,5% possuem algum tipo de relacionamento fixo.

Para a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde,

[...] o reflexo histórico resultante da sucessão de fatos que associaram a prostituição à disseminação de doenças transmitidas pelo sexo ainda reserva, na construção do senso comum, a representação da trabalhadora sexual como sendo uma mulher desprovida de alguns traços mais distintivos do gênero feminino. É como se nela estivesse incorporada uma anomalia no sistema de gênero: a mulher desprovida de laços de vivência afetiva e que, por experimentar o sabor da transgressão sexual, não é merecedora da vivência conjugal, familiar, e, sobretudo da maternidade.<sup>6</sup>

• **Escolaridade** – Das profissionais do sexo pesquisadas, 82,5% (33) são alfabetizadas; 12,5% (5) são analfabetas e 5% (2) analfabetas funcionais (assinam apenas o nome). Observa-se que 67% (22) das profissionais do sexo alfabetizadas têm entre 6 e 11 anos de estudo; 6% (2) têm entre 12 e 17 anos de estudo e 27% (9) não sabem quantos anos de estudo possuem.

Segundo a Fundação Instituto de Planejamento do Ceará “[...] nas áreas rurais, o nível de instrução é ainda menor: 43% das mulheres em idade ativa apresentam-se sem instrução ou com menos de um ano de estudo, e 45% com 1 a 4 anos de estudo”.<sup>9</sup>

• **Renda mensal** – Constatou-se que 32,5% (13) das profissionais do sexo pesquisadas possuem uma renda familiar mensal menor que um salário mínimo; 42,5% (17) recebem de um a três salários mínimos; 7,5% (3) ganham de quatro a seis salários mínimos; 5% (2) ganham mais de sete salários mínimos e 12,5% (5) não sabem qual a renda mensal de sua família.

De acordo com Furtado,<sup>10</sup> “a cidade de Sobral, é um exemplo concreto da inadequada distribuição de renda, 70% da população ganha até 2 salários mínimos”. Esse

município, nas últimas décadas vem apresentando um acelerado crescimento industrial e econômico, incompatível com os investimentos na qualificação da população para a inserção no mercado de trabalho. Portanto, a exclusão social pode ser considerada como um dos determinantes que poderá facilitar o ingresso no mundo da prostituição.

• **Atividade profissional/ocupação** – Identificou-se que 75% (30) das profissionais do sexo não possuem outra atividade profissional/ocupação, 12,5% (5) são domésticas; 10% (4) são comerciantes e 1 é telefonista.

A maioria das sociedades contemporâneas combina perspectivas incoerentes sobre a prostituição: ao mesmo tempo em que reconhecem a indústria do sexo como uma fonte importante de comércio, castigam as prostitutas por ganhar dinheiro com a atividade sexual. Em muitos países, como Canadá, Tailândia, Inglaterra e o Brasil, tudo o que se refere à gerência desse trabalho (como manter um bordel) é ilegal. Ser uma prostituta, prostituir-se, no entanto, não é ilegal. Esses sistemas de tolerância são hipócritas e, portanto, invariavelmente inaplicáveis e corruptos. Sistemáticamente, exploram as prostitutas e tornam extremamente difícil sua organização por direitos políticos e seguranças profissionais.<sup>6</sup>

Em relação à definição das profissionais do sexo sobre violência (Quadro 1), identificou-se que 70% (28) das profissionais do sexo responderam que violência é *agressão física*; 22,5% (9) disseram que [...] *a violência sexual quando você é obrigada a fazer o que não quer*; 5% (2) disseram que violência é *quando o homem é muito ignorante* e 2,5% 1 disse que não sabia.

Segundo Linhares, citado por Rechtman e Phebo<sup>4</sup>,

Conceitualmente, a violência física acontece quando há uma ação destinada a causar dano físico à outra pessoa. A violência psicológica é toda ação ou omissão destinada a produzir dano psicológico ou sofrimento moral a outra pessoa como sentimentos de ansiedade, insegurança, frustração, medo, humilhação e perda de auto-estima. A violência sexual é todo ato no qual uma pessoa que está em posição de poder obriga outra a realizar atos sexuais contra sua vontade, por meio de chantagem ou força física.

#### QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO, SEGUNDO A DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA. SOBRAL-CEARÁ – BRASIL – JUN. 2003.

Definição de violência	Nº	%
É agressão física	28	70,0
[...] a violência sexual é quando você é obrigado a fazer o que não quer	09	22,5
Quando o homem é muito ignorante	02	5,0
Não sei	01	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao tipo de violência sofrida (Tabela 2) identificou-se que 47,5% (19) das profissionais do sexo não sofreram nenhum tipo de violência; 30% (12) sofreram violência física; 12,5% (5) sofreram violência sexual e 10% (4) foram vítimas de violência psicológica.

Para o Ministério da Saúde<sup>6</sup>,

o tipo de ambiente onde a prostituta atua diferencia o grau de exposição a ações violentas e arbitrarias, podendo-se evidenciar que o trottoir as deixa mais vulneráveis do que os locais fechados. Na rua, por exemplo, estão sujeitas a agressões verbais arbitrarias, de parte tanto de cidadãos comuns como de agentes policiais, extorsões, agressões físicas e ameaça de prisão. Acrescente-se que, muitas vezes, as condições acertadas para o programa, como preço, práticas e uso de camisinha, são alteradas na hora de sua consumação, mediante ameaça ou emprego de força física ou arma.<sup>6</sup>

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO SEGUNDO O TIPO DE VIOLÊNCIA SOFRIDA. SOBRAL-CEARÁ – BRASIL, JUN. 2003**

Tipos de violência sofrida	Nº	%
Violência física	12	30,0
Violência sexual	05	12,5
Violência psicológica	04	10,0
Não sofreram	19	47,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Quanto à frequência de que a profissional é vítima de violência (Tabela 3), 62% (13) das profissionais do sexo disseram que sofrem violência às vezes e 38% (8), que são violentadas sempre.

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO, DE ACORDO COM A FREQUÊNCIA COM QUE É VIOLENTADA. SOBRAL-CEARÁ – BRASIL, JUN. 2003**

Frequência da violência	Nº	%
Sempre	08	38,0
Às vezes	13	62,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Para Grill<sup>3</sup>, as mulheres são vítimas de violência em todas as classes sociais, culturas, religiões e situações geopolíticas, ainda que essa violência assuma diferentes formas segundo as distintas sociedades. Ela ocorre tanto na esfera pública quanto na privada, e é com frequência exercida tanto por indivíduos como também de forma organizada por grupos de homens e por Estados.

Depois de violentadas (Tabela 4), observa-se que 25% (10) das profissionais do sexo não tomam nenhuma atitude, 17,5% (7) revidam com violência física e 10% (4) fogem do agressor.

**TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO, SEGUNDO A CONDUTA TOMADA APÓS A VITIMIZAÇÃO. SOBRAL-CEARÁ – BRASIL – JUN. 2003**

Conduta tomada	Nº	%
Revida com violência física	07	33,0
Foge	04	19,0
Nenhuma	10	48,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Segundo Teles e Melo<sup>11</sup>,

*a maioria das mulheres sabe que a violência física, sexual e psicológica é crime e que seus agressores podem ser denunciados em uma delegacia de polícia para responderem criminalmente pelo que cometeram. Algumas poucas sabem que podem responsabilizar civilmente o agressor e obter indenização pelo dano material e moral que tenham sofrido.<sup>11</sup>*

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As profissionais do sexo ficam mais sujeitas a sofrer violência por estarem expostas em lugares determinantes de atos violentos, como as ruas, onde podem ser vítimas de agressões verbais e físicas, de parte tanto de cidadãos comuns como de agentes policiais.

As trabalhadoras do sexo podem ser vítimas de violência física, sexual e psicológica. No primeiro caso, a profissional pode ser agredida fisicamente por seu agressor com empurrões, espancamentos, “porradas”, queimaduras, uso de armas, dentre outras agressões. Na hipótese de violência sexual, a mulher é obrigada ou ameaçada a ter relação sexual contra sua vontade, sem falar que o agressor pode obrigar a vítima a praticar sexo anal ou oral sem o uso de camisinha. Já no caso de violência psicológica, profissional do sexo é vítima de ameaças, gritos, humilhações e insultos.

Vale ressaltar que muitas profissionais do sexo sofrem violência física, sexual e psicológica pelos clientes, durante seu trabalho e raramente tomam alguma atitude após terem sido vítimas de atos violentos.

É importante destacar a consumação da atividade sexual sem o pagamento do programa como forma de violência.

Essas formas de violência cometidas às trabalhadoras do sexo, conseqüentemente, causam-lhes danos à saúde, trazendo seqüelas físicas e mentais.

É necessário que as profissionais do sexo denunciem seus agressores aos órgãos ou entidades competentes, como a Delegacia de Mulheres, não somente para que polícia puna os agressores, mas também para que a sociedade tome conhecimento desse fato e essas profissionais marginalizadas possam fazer valer seus direitos como cidadãs, mesmo que não tenham o reconhecimento do seu trabalho perante a sociedade.

Espera-se que os resultados obtidos sirvam de base para conscientizar as profissionais do sexo, além de informar aos órgãos competentes, como também à imprensa, a fim de que sejam tomadas providências para a resolução do problema, bem como contribuir na elaboração de projetos

de intervenção com essas mulheres, por equipes multiprofissionais. É preciso atuar tanto na prevenção de doenças e agravos e na promoção de educação em saúde, como também na recuperação da auto-estima, da saúde mental e da melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

#### REFERÊNCIAS

1. Kury L. Ritos do corpo. Rio de Janeiro: SENAC- Nacional; 2000.
2. Pereira SM Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília: ABEn; 2001.
3. Grill EA cultura da violência. Cadernos do Terceiro Mundo. Ed. Especial. 2002. [Citado em: 09 abr. 2003]. Disponível em: <http://www.uol.com.br/cadernos/pesquisa-public/cadernos/cadernos-239-23.htm>.
4. Rechtman M, Phebo L. Violência contra a mulher. Rio de Janeiro 2000. [Citado em: 09 abr. 2003] Disponível em: <http://www.iser.org.br/protug/violencia-mulher.pdf>.
5. Hugues DM. A legalização da prostituição refreará o tráfico de mulheres? Não! A legalização apenas legitima o abuso. Rio de Janeiro: 2000. [Acesso em: 09 abr. 2003]. Disponível em: <http://www.terraviva.pt/melo/1374/contraprostitid.html>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Profissionais do Sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [Citado em: 09 abr. 2003]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/does/resol196.doc>.
8. Parcella E *et al.*, Organizador. Um olhar sobre o CEDUC- lei X realidade numa instituição de privação de liberdade. Natal- RN: Ciaterramar; 2002.
9. Ceará. Governo do Estado do Ceará. Secretária do planejamento e Coordenação- SEPLAN- Fundação Instituto de Planejamento do Ceará- IPLANCE. Ceará mulher. Fortaleza: IPLANCE; 1996.
10. Furtado JS. Prostituição de mulheres: a interface com a atenção primária de saúde. SANARE- Revista de Políticas Públicas 2002;:121-8.
11. Teles MAA, Melo M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Editora Brasiliense; 2002.
12. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Florianópolis: Pallotti; 2002.

Data de submissão: 13/01/06  
Data de aprovação: 02/05/07

## REFLETINDO SOBRE A SEXUALIDADE DA MULHER MASTECTOMIZADA\*

REFLECTION ON THE SEXUALITY ON MASTECTOMIZED WOMEN

REFLEXIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD DE LA MUJER MASTECTOMIZADA

Anézia Moreira Faria Madeira<sup>1</sup>  
Geovana Brandão Santana Almeida<sup>2</sup>  
Maria Cristina Pinto de Jesus<sup>3</sup>

### RESUMO

Neste estudo, objetivou-se compreender o significado que a mulher atribui ao ter a mama extirpada ou parcialmente mutilada. A fenomenologia foi utilizada como trajetória metodológica da pesquisa. A seguinte questão norteou o estudo: "Conte o que é, para você, ter perdido uma parte do seu corpo". Por meio da análise compreensiva dos discursos obtidos das oito mulheres, a questão da sexualidade afetada emergiu como uma das categorias do estudo e foi manifestada pelas mulheres como necessária à continuação da vida, porém é indispensável o apoio do companheiro e dos familiares para a superação do fato. Evidencia-se a necessidade de apoio e orientação à equipe de saúde como suporte emocional para a continuidade da trajetória de vida dessa mulher.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Mulheres; Mastectomia; Filosofia em enfermagem; Pesquisa Qualitativa

### ABSTRACT

The objective of this study was to understand the meaning of breast removal or partial mutilation for women. Phenomenology was used as the methodology of the research. The guiding question was: "Tell me what it means to you to have lost a part of your body?" Through a comprehensive analysis of the discourses obtained from the eight women, the issue of effect on their sexuality emerged as one of the categories of the study and was manifested by the women as necessary to the continuation of life, however, support from their partner and family members is essential to get over this experience. Support and guidance need to be given to the health team so that they may provide emotional support to the women so that they may get on with life.

**Key words:** Nursing; Woman; Mastectomy; Philosophy, Nursing; Qualitate Research

### RESUMEN

Este estudio buscó comprender el significado de un pecho total o parcialmente extirpado para la mujer mastectomizada. Se utilizó la fenomenología como trayectoria metodológica de la investigación. El estudio se basó en la siguiente frase: "Dígame lo que es para usted haber perdido una parte de su cuerpo". A través del análisis de los discursos de ocho mujeres se planteó el tema de la sexualidad afectada como una de las categorías del estudio; que es necesaria para seguir viviendo pero que el apoyo tanto del compañero como de los familiares es indispensable para superar el hecho. Se evidencia la necesidad de que el equipo de salud brinde apoyo y orientación como soporte emocional para que estas mujeres sigan su trayectoria de vida.

**Palabras clave:** Enfermería; Mujeres; Mastectomía; Filosofía en Enfermería; Investigación Cualitativa

\* Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado intitulada *Câncer de Mama: Desvelando os Sentimentos de Mulheres Mastectomizadas*: uma contribuição para a enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFMG.

<sup>2</sup> Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da UFJF.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem Básica da UFJF.

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da UFMG - Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Av. Alfredo Balena, 190 - Santa

Efigênia - BH/MG - CEP 30.130-100

E-mail: anezia@enf.ufmg.br

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O conjunto dos atributos anatômicos e fisiológicos que constituem cada sexo, bem como o comportamento e as atividades ligadas ao instinto sexual de cada um de nós, caracteriza e define a sexualidade humana, a qual é diferenciada pelo modo de ser-no-mundo de cada pessoa. Dessa forma, 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.

Para Vitiello<sup>1</sup>, a sexualidade manifesta-se em todas as fases da vida humana e, ao contrário da conceituação vulgar, tem no coito apenas um dos seus aspectos, talvez nem mesmo o mais importante. Sendo assim, pode-se considerar que a influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas, do nascer ao morrer.

Ao falarmos sobre sexualidade, estamos pensando a vida na sua forma global, compreendendo, desse modo, o sexo como expressão dessa vida, sob o aspecto da reprodução, do prazer e da comunicação. Concordamos com Cavalcanti<sup>2</sup> quando diz que, do ponto de vista reprodutivo, sexo é vida, uma vez que a reprodução é perpétua, e, do ponto de vista prazeroso, sexo e vida sem o mínimo de prazer não tem sentido de ser.

Jaggar e Bordo<sup>3</sup>, ao se referirem à sexualidade feminina, afirmam que em nossa época é difícil evitar o reconhecimento de que a preocupação contemporânea com a aparência ainda afeta mais as mulheres do que os homens. Concordando com os autores, de fato, diante do considerável aumento do número de cirurgias plásticas em nosso país, com vista ao aumento do tamanho das mamas, fica claro ser essa uma expressão da sexualidade, celebrada através dos tempos como símbolo do desejo sexual, da sedução, do erotismo. Em nossa cultura, muito se valorizam as mamas firmes, bem definidas, e, atualmente, o aumento do seu volume, elevando, com isso, o número de cirurgias plásticas com a finalidade de implante de próteses de silicone.

A mama, sob o ponto de vista da estética, tem importância fundamental para muitas mulheres na satisfação com o seu corpo [...], onde o vestuário é planejado e assumido de modo a realçar essa parte do corpo, numa forma apelativa e voltada, também para o consumismo.<sup>4</sup>

O estudo de Duarte e Andrade<sup>5</sup> mostra que, em suas falas referentes à alteração na percepção do próprio corpo, as mulheres mastectomizadas sentem uma grande insatisfação e não-aceitação da perda da mama, o que gera nelas sentimentos de autodepreciação.

Portanto, acredito que a mulher submetida à extirpação da mama possa desenvolver sentimentos de mutilação total de sua sexualidade/feminilidade, visto que a mastectomia representa para ela a amputação real de seu corpo, dada a importância que atribui à mama. Assim, neste estudo procuramos trazer reflexões sobre a vivência da mulher diante da mastectomia, focalizando o aspecto da sexualidade. Afinal, o que significa para a mulher ficar sem a mama? Como trabalhar sua sexualidade nesse momento? Como a mulher se vê diante das outras pessoas? E do parceiro? Como fica agora a sua vida?

Neste estudo, o objetivo é compreender o significado que a mulher atribui à perda da mama, principalmente no que diz respeito à vida sexual.

## CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo é qualitativo, com abordagem fenomenológica, por trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos. Essa abordagem também contribui para a melhor compreensão da distância entre o conhecimento e a prática, uma vez que auxilia na compreensão dos sentimentos das pessoas, explicitando suas ações diante de um problema em situação.<sup>6</sup>

Foi utilizado como cenário do estudo a clínica cirúrgica e ginecológica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, onde buscamos, em locais com privacidade e silêncio, um clima favorável à obtenção dos discursos. Nesse sentido, foi utilizada a sala de colposcopia e outros locais dentro das próprias enfermarias do hospital.

Após o encaminhamento e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFJF e parecer favorável do setor de ginecologia, foram contatadas as mulheres que se encontravam no período pós-operatório de mastectomia, sendo solicitada a participação delas. As entrevistas foram realizadas após informação sobre o estudo, bem como a forma de coleta dos depoimentos, ou seja, depoimentos individuais, gravados em fitas magnéticas, com garantia de anonimato, conforme preconiza a Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.<sup>7</sup>

As mulheres que participaram do estudo tinham entre 30 e 83 anos de idade, escolaridade entre a quarta série do primeiro grau ao segundo grau completo; cinco eram casadas, duas viúvas e uma solteira; todas eram do lar.

Nesse sentido, por meio de uma entrevista aberta, contendo uma única questão norteadora – “Conte o que é, para você, ter perdido uma parte de seu corpo” –, foram obtidos oito depoimentos no período de maio a junho de 2001. A análise compreensiva dos discursos foi fundamentada nos momentos de análise sugeridos por Martins, Bicudo<sup>8</sup> e possibilitaram a construção de quatro categorias de análise, as quais foram nomeadas: LIVRAR-SE DA DOENÇA: dar sentido à existência; CORPO MUTILADO: a sexualidade afetada; TRATAMENTO PÓS-CIRURGIA: o desgaste necessário; CONFORMAR-SE: o enfrentamento da cirurgia. Neste estudo somente a categoria referente à questão da sexualidade será apresentada: CORPO MUTILADO: a sexualidade afetada.

## CORPO MUTILADO: A SEXUALIDADE AFETADA

Por meio dos discursos das mulheres que vivenciaram a perda total ou parcial da mama, foi possível apreender comportamentos que oscilavam entre negação, perplexidade, ambigüidade, tristeza e conformação, aceitação, conforme relatos a seguir:

*[...] e eu também vou me esforçar para aceitar [...]. Não sei na hora que eu sair daqui, que eu ver que eu tô sem ela, se vou ficar com baixo astral [...]; mas eu*

*acho que não [...] que meu natural é esse, sabe? [...] Sou tão alegre, vou brincar e tudo, né? [...] É duro sabe (suspiros), mas o que é que a gente vai fazer, né? Dos males os piores [...]. Eu acho assim, sabe, a gente fica muito triste é por vaidade, né? Tirou uma parte, o peito. Não sei, a gente fica triste de ver o sutiã assim, que não pode colocar como era, mas Deus vai me ajudar que vai recuperar isso tudo. Não vou ficar triste não, [...]. É isso aí, eu acho que depois que eu levantar, passar um mês, é que vou ver se aceitei, né, por enquanto não tô aceitando não, tá uma barra. A gente não pode fazer milagre assim de colocar ele outra vez, né? Aí tem que conformar (E-6).*

*[...] Ah, não é bom, né? Não é bom a gente ter perdido uma parte, né? Porque fica assim ruim. Ah, tá faltando alguma coisa, né? (E-4).*

Nesse momento, nem mesmo a mulher sabe como reagirá ao defrontar-se com a realidade eminente da ausência da mama. Ela se sente-se perplexa ao deparar com a falta de algo; algo que compunha um todo harmônico e que representava o símbolo da vaidade e da sexualidade feminina. A falta de preenchimento, o vazio dito por ela, não está circunscrito à ausência da mama; ao contrário, transcende o corpo físico para habitar o corpo existencial, da alma propriamente dita. É por esse motivo que, a princípio, a mulher não aceita viver sem a mama, apesar de reconhecer a irreversibilidade da situação. Cabe-lhe, portanto, acreditar em uma força superior que a ajude a aceitar e conformar-se com sua facticidade.

Merleau-Ponty<sup>9</sup>, ao abordar a sexualidade corpórea, chama nossa atenção para o corpo encarnado, pulsátil, vivo. Aquele que interage com o mundo percebido e estabelece com ele uma relação de reciprocidade. Na situacionalidade da extirpação parcial ou total da mama, a mulher passa a (re)significar o seu mundo vivido. O mundo percebido, a relação com o outro ficam afetados, já que lhe falta uma parte do corpo.

Entendemos que cada um de nós está situado no mundo por meio do corpo e, portanto, seria impossível desvincular de nossos sentimentos o nosso corpo e vice-versa. No corpo são registradas e talhadas as marcas de nossa existência, resultantes da forma e do modo como estamos inseridos no mundo.

Na fala a seguir, a mulher retrata a existência de um corpo próprio, vivo, que se coloca diante de uma situação em que não há liberdade de escolha. A princípio a mulher reluta em não aceitar ficar sem a parte da mama, mas não vê outra opção:

*Mas que é fácil não é não, a gente vê perder uma parte [...]. No princípio achei muito difícil, quando o médico falou que eu tinha que tirar [...]. Então eu tô consciente, sabe? (E-8).*

A aceitação da situação na qual a mulher se encontra pode ser apenas aparente, momentânea, circunstancial [...]. A aceitação também funciona no sentido de não ter outro jeito; é como se todas as possibilidades tivessem sido esgotadas e já não houvesse o que fazer.<sup>1</sup>

No caso de mudanças biológicas/físicas significativas no corpo da mulher, como é o caso da mutilação da mama, esta traz também importantes modificações na imagem corporal, considerando que é no corpo orgânico que ela apóia sua imagem corporal. O corpo biológico é percebido por meio do corpo psicológico, portanto, ao dizer [...] o corpo é meu. (E-8), é a essa imagem que a mulher está se referindo, a esse corpo anatômico, sobre o qual se constrói a imagem corporal, possuindo traços em comum com o corpo biológico, mas nunca se reduzindo a ele.

A mulher que vivencia a mastectomia apresenta sentimentos de rejeição a si mesma, os quais persistem até o momento em que ela consegue reelaborar a situação vivida e aceita essa facticidade. Enquanto isso não acontece, a mulher experimenta sentimentos de inferioridade, o que a faz sentir-se excluída da sociedade e rejeitada sexualmente: *Nunca pensei em arrumar um companheiro mais, né? (E-2).*

No caso da sexualidade, lembramos que ela não se resume ao seio. A sexualidade da mulher operada de câncer de mama pode até melhorar, se for realmente importante na sua vida e se, na companhia do parceiro, sabendo ele também lidar com a nova situação, encontrarem os dois, juntos, novas formas de continuar com uma relação sexual gratificante.<sup>1</sup>

Diante do significado que as mulheres atribuem à perda da mama, foi possível perceber que a maioria delas via-se adentrando por um caminho obscuro, desconhecido, onde perduravam a incerteza, o medo e a dúvida em relação às possíveis reações do companheiro diante da situação presente e também quanto ao futuro:

*O meu marido aceitou, né? Ele aceitou. Igual ele me deu forças [...] O que vale é o casamento da gente, e o amor que a gente tem um pelo outro, né? [...] Ele tá calmo, tá me dando forças (E-4).*

No entanto, percebo que existe contradição na fala de E-4, que demonstra certa insegurança com relação à imprevisibilidade do futuro, quando afirma: [...] *vamos ver, né? Daqui pra frente como vai ser a vida da gente [...]. (E-4).*

O apoio do parceiro parece deixar a mulher mais segura, visto que para ela, nesse momento, o maior medo consiste em perdê-lo, tendo em vista que a mutilação do corpo poderá afetar o relacionamento sexual do casal. Quanto mais o parceiro participa das decisões que devem ser tomadas e se faz presente após a cirurgia, mais terá capacidade para prestar apoio a seu cônjuge. Já aqueles maridos que não se integram nas diferentes fases do tratamento da mulher terão mais dificuldade de lhe prestar auxílio.<sup>12</sup>

Por outro lado, a inexistência de um parceiro faz com que as mulheres se sintam mais livres, menos incomodadas no tocante à sexualidade, talvez por não serem cobradas e não se cobrarem um corpo perfeito:

*[...] Não tenho marido pra poder me cobrar e se fosse casada o marido ia também ficar muito esquisito. Eu sou solteira, sou livre, o meu corpo é meu e eu não tenho que dar satisfação pra outras pessoas, né? (E-8).*

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de a cirurgia com a extirpação da mama se constituir uma possibilidade de cura do câncer, não é o suficiente para que a mulher viva como se nada tivesse acontecido em seu corpo. A mulher, independentemente da religião, etnia, estado civil, nível socioeconômico e cultural, é um ser vaidoso e sexuado, necessitando, portanto, de uma assistência humanizada, na qual se considere o ser doente e não apenas a doença.

O medo de perder o parceiro tornou-se uma ameaça, aliada à dificuldade de aceitar a situação vivida. Assim, quando o parceiro se mostrava presente, interessado e capaz de enxergar a sua mulher além do aspecto físico, ela buscava força e ânimo para o enfrentamento da doença.

Para as mulheres que fizeram parte deste estudo, ter a mama extirpada significa, também, arrancar-lhes a sexualidade/feminilidade, deixando-as com um sentimento de impotência, de insegurança e de medo diante do enfrentamento do convívio com seus pares e com o mundo social. Ao relatarem em suas falas que em prol da vida vale todo sacrifício, até mesmo perder seu símbolo de mulheres “completas” como a nossa sociedade e a nossa cultura considera a mama feminina, parece estar buscando nada mais do que forças e razão para continuarem lutando pela vida.

Este estudo permitiu refletir sobre a importância de se fazer uma reestruturação da assistência prestada à mulher mastectomizada não só por enfermeiros assistenciais, docentes, responsáveis pela formação dos futuros profissionais, mas por toda equipe de saúde. Acreditamos que os profissionais de saúde – e aqui destacamos o enfermeiro – têm buscado cada vez mais o aprimoramento das práticas do cuidar em relação ao seu desempenho técnico, porém fica visível a carência de um cuidar autên-

tico capaz de ultrapassar a dimensão biológica para alcançar uma dimensão maior: a compreensão do ser mulher em todos os aspectos biopsicoespiritual.

O cuidar da mulher mastectomizada é um cuidar global, que envolve a equipe multiprofissional, sendo a promoção e o estímulo à participação do parceiro e da família nesse processo uma estratégia importante para essa mulher aceitar sua facticidade, compreender a necessidade do tratamento e lidar melhor com sua sexualidade.

### REFERÊNCIAS

1. Vitiello N. Sexualidade: quem educa o educador. Um manual para jovens, pais e educadores. São Paulo: Iglu; 1997.
2. Cavalcanti M. Sexualidade humana: caminhos e descaminhos. Rev Bras Sexual. Hum. 1997 Jan-Jun; 8(1): 104-15.
3. Jaggat AM, Bordo SR. Gênero, corpo, conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.
4. Melo MCSC. Refletindo em um contexto: a mulher e o auto-exame da mama [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1992.
5. Duarte T P, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Rev Est Psicol. 2003; 8(1):155-63.
6. Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Res. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
8. Martins J, Bicudo MVA. Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.
9. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da Percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
10. Silva RM. O conviver com a mastectomia [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 1994.
11. Costa MM. A saúde dos seios. Rio de Janeiro: Diagrafic; 1998.
12. Quintana AM, Santos LHR, Russowsky ILT, Wolff LR. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. Rev Bras Cancerol. 1999; 45(4):45-52.

Data de submissão: 10/09/07  
Data de aprovação: 21/12/07

# INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E GESTAÇÃO: DESEJOS E POSSIBILIDADES

CHRONIC RENAL FAILURE AND PREGNANCY: HOPES AND POSSIBILITIES

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EMBARAZO: DESEOS Y POSIBILIDADES

Thatiane Lopes Oliveira 1  
José Márcio Girardi de Mendonça 2  
Roseni Rosângela de Sena 3

## RESUMO

O objetivo com este estudo é conhecer o significado da gravidez e da maternidade para as mulheres em idade fértil que tenham filho, ou não, com diagnóstico de insuficiência renal crônica e submetidas ao tratamento dialítico. Utilizou-se abordagem qualitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética, caracterizando-se como pesquisa descritiva exploratória. Foi utilizado como instrumento a entrevista individual com roteiro semi-estruturado. Após a identificação das mulheres de 12 a 49 anos, foi realizado sorteio, incluindo os seis grupos de diálise e realizadas 19 entrevistas com as mulheres que se encontravam em tratamento dialítico no Instituto de Nefrologia do Norte de Minas. As entrevistas foram submetidas à análise do discurso, evidenciando quatro categorias: O significado da maternidade; Mãe de um jeito ou de outro; Filhos: o grande desafio; e E agora? Destacam-se, como resultado da pesquisa, o conflito entre o sonho da gestação e a consciência de seus riscos; a opção, para muitas das mulheres pela maternidade sem os riscos da gestação; a esperança, para algumas, de serem “curadas” e de realizarem o sonho da gestação e da maternidade. Parte dessas mulheres, no entanto, tem esperança na cura da doença, o que possibilitaria realizar o desejo de ser mãe ou até mesmo de poder compartilhar mais de perto o desenvolvimento de seus filhos. Concluiu-se que a insuficiência renal crônica representa um obstáculo ao desejo das mulheres de engravidar, uma vez que elas têm consciência do risco que uma gravidez pode representar tanto para elas como para o filho. Recomenda-se que no cuidado das mulheres portadoras de insuficiência renal crônica e submetidas ao tratamento dialítico seja feito o acompanhamento para orientá-la e ao seu companheiro.

**Palavras-chave:** Insuficiência Renal Crônica; Gravidez; Diálise Renal; Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

The objective of this study is to get to know the meaning of pregnancy and maternity for women at a fertile age with or without children, with a diagnostic of chronic renal failure undergoing dialysis therapy. The approach used was qualitative, based on a dialectic methodology, which is a descriptive exploratory research. Individual interviews were used with a semi-structured outline. After identifying women aged 12-49, women were chosen at random, including 6 groups of dialysis and 19 interviews were held with women who were in dialysis therapy at the Nephrology Institute in the North of the State of Minas Gerais. Interviews were then processed by discourse analysis, showing 4 categories: The meaning of maternity; Mother one way or another; Children – the great challenge – and What now? As a result of the research, we found a conflict between the dream of pregnancy and the awareness of its risks; the choice, for many of the women, for maternity without the risks of pregnancy; the hope for some to be “healed” and to realize the dream of pregnancy and maternity. Some of these women, however, have a hope for healing from the disease, which would make it possible to realize the desire to be a mother or, even, to be able to share more closely in the development of their children. It is concluded that chronic renal failure represents an obstacle in the desire of women to become pregnant, since they are aware of the risk that pregnancy can be both to them and to the child. It is recommended that, in caring for women with chronic renal failure, and submitted to dialysis therapy, there should be medical, social and psychological monitoring to provide guidance to the women and their partners.

**Key words:** Renal Insufficiency, Chronic; Pregnancy; Renal Dialysis; Qualitative Research

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio es conocer el significado del embarazo y de la maternidad para mujeres en edad fértil, con o sin hijos, diagnosticadas con insuficiencia renal crónica y sometidas a tratamiento dialítico. Se utilizó el enfoque cualitativo con orientación metodológica de la dialéctica, caracterizándose como investigación exploratoria descriptiva. Como instrumento se aplicó la entrevista individual con guión semiestructurado. Después de la identificación de las mujeres de 12 a 49 años se efectuó un sorteo incluyendo los 6 seis grupos de diálisis y se realizaron 19 entrevistas con las mujeres bajo tratamiento dialítico en el Instituto de Nefrología del Norte del Estado de Minas Gerais. Las entrevistas fueron sometidas al análisis del discurso; quedaron evidentes cuatro categorías: El significado de la maternidad; Madre de una forma u otra; Hijos: el gran reto y ¿Y ahora? Como resultado de la investigación se realza el conflicto entre el sueño de la gestación y la conciencia de sus riesgos; la opción, para muchas de las mujeres, por la maternidad sin los riesgos de la gestación; la esperanza, para algunas, de que “las curen” y de realizar el sueño de la gestación y de la maternidad. Parte de dichas mujeres, sin embargo, tienen esperanza en la cura de la enfermedad, lo que permitiría realizar el deseo de ser madres o de poder compartir más de cerca el crecimiento de sus hijos. Se concluye que la insuficiencia renal crónica representa un obstáculo en el anhelo de las mujeres de quedarse embarazadas ya que son conscientes del riesgo que un embarazo puede representar tanto para ellas como para sus hijos. Se recomienda que en la atención a las mujeres portadoras de insuficiencia renal crónica sometidas a tratamiento dialítico se efectúe seguimiento médico, social y psicológico para que ellas y sus compañeros reciban la debida orientación.

**Palabras clave:** Insuficiencia Renal Crónica; Embarazo; Diálisis Renal; Investigación Cualitativa

<sup>1</sup> Enfermeira do Programa de Saúde da Família do Município de Montes Claros/MG.

<sup>2</sup> Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Mestre em Enfermagem.

<sup>3</sup> Professora aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Enfermeira, Doutora.

Endereço para correspondência: COREN 9372-ENF-P, Rua Adelaide Vieira de Sá, 203 – Vila Regina – 39.400-000 – Montes Claros-MG

E-mail: enfthaty@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O adoecer marca uma ruptura de determinada fase na vida do ser humano, chamado a dar conta do próprio corpo e das limitações impostas pela doença e pela terapêutica. O corpo passa a funcionar de maneira diferente da habitual, causando dor, sofrimento e medo. Ocorrem mudanças de hábitos da vida diária e da perspectiva de futuro. A pessoa passa a ingerir medicamentos, a realizar dietas especiais, a preocupar-se com o repouso e a submeter-se a exames e a intervenções cirúrgicas.

Quando a doença não tem “cura” – ou seja, começo, desenvolvimento e fim previsíveis –, torna-se parte integrante do cotidiano da pessoa. As mudanças impostas pelo processo de adoecimento implicam perdas e limitações. Estas, ao serem elaboradas e superadas, possibilitam a adaptação do indivíduo à nova realidade.

A insuficiência renal é uma patologia crônica que impõe severas limitações à vida diária de seus portadores, agravadas por forte impacto físico e psicossocial, com a incapacidade dos rins de remover os produtos da degradação metabólica do corpo ou de realizar a função reguladora. As substâncias normalmente eliminadas pela urina acumulam-se nos líquidos corporais, em decorrência da excreção renal comprometida, e levam à ruptura nas funções endócrinas e metabólicas, podendo causar distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos.

O tratamento da insuficiência renal crônica (IRC), na maioria das vezes, é o dialítico que, além de ser crônico e paliativo, tem potencial fragilizador do portador da patologia renal, já debilitado. Nessas condições, o portador de doença renal crônica tem de passar por importante processo de adaptação ao novo estilo de vida, uma vez que se associam restrições, como as hídricas e as alimentares, ao tratamento dialítico invasivo.

No caso da mulher em idade fértil, acrescentam-se os riscos de gravidez durante o tratamento. Pode ocorrer, ainda, a amenorréia/esterilidade, que restringe a possibilidade da gravidez e, em conseqüência, da maternidade.

Esse quadro complexo instiga a busca da compreensão de como as mulheres portadoras de insuficiência renal crônica, submetidas a diálise, sentem-se diante da possibilidade reduzida de uma gestação a termo e como vêm a sua imagem de mãe-mulher, tendo a maternidade como componente da identidade feminina. Essas mulheres, mesmo orientadas quanto à contracepção e aos riscos da gravidez, freqüentemente engravidam. Assim, a pergunta, neste estudo, foi conhecer os fatores que interferem nessa dinâmica, levando as pacientes a engravidar, mesmo sabendo dos riscos para elas e para o feto. Neste artigo são apresentados os resultados da pesquisa que teve como objetivo conhecer o significado da gravidez e da maternidade para as mulheres em idade fértil com diagnóstico de IRC e submetidas ao tratamento dialítico.

Espera-se, com os resultados, contribuir para a reflexão dos aspectos apreendidos pelos profissionais de saúde, pelas mulheres com insuficiência renal crônica e por seus familiares.

## REVISÃO DA LITERATURA

A deterioração progressiva e irreversível da função renal, em que falha a capacidade do corpo em manter o

equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico, resulta na IRC.<sup>1</sup> Apesar da ampla variedade de patologias como nefrites, diabetes, hipertensão arterial e outras levarem à IRC, o resultado final é essencialmente o mesmo: diminuição do número de néfrons funcionais.<sup>2</sup> Impõe-se, nesse quadro, a necessidade de se realizar a terapia, dialítica que compreende a diálise peritoneal intermitente ou contínua e a hemodiálise.

## Doença renal e gestação

A associação de gravidez e nefropatia foi, por muito tempo, considerada de risco e muitas gestações foram interrompidas. No final da década de 1960, essa associação era infreqüente porque predominava a orientação médica de interromper a gravidez quando não se podia desaconselhá-la previamente. Só por razões religiosas ou emocionais as mulheres portadoras de IRC desobedeciam à recomendação de interrupção e levavam a gravidez a termo, o que freqüentemente ocasionava o nascimento de crianças em situação de risco. Até o começo da década de 1970, os filhos de mulheres nefropatas costumavam nascer em péssimas condições e eram, em sua maioria, natimortos.<sup>3</sup>

Nas últimas duas décadas, vários estudos foram realizados e, embora retrospectivos em sua maior parte, incluem centenas de pacientes cujo diagnóstico da doença renal foi feito por meio de biópsia. Com base em uma análise crítica desses trabalhos, foram apresentadas três considerações:

- Mulheres com nefropatia preexistente à gravidez, mas com função renal preservada ou apenas discretamente alterada e com pressão arterial sistêmica normal ou satisfatoriamente controlada apresentam boa evolução obstétrica e a gravidez não parece afetar adversamente o curso da doença.
- O prognóstico é mais reservado se a função renal estiver moderadamente comprometida ou se não existir hipertensão antes da concepção. Uma significativa proporção (um terço) de tais mulheres experimentará deterioração da função renal durante a gravidez e progressão acelerada da nefropatia após o parto.
- Mulheres com insuficiência renal avançada creatinina sérica > 3,0 mg/dl são freqüentemente inférteis. Quando concebem, a probabilidade de boa evolução obstétrica é baixa e a gestação caracteriza-se por alta morbidade materna, duas razões substanciais para se desencorajar a gravidez.<sup>3</sup>

A gravidez normal impõe modificações na vida biopsicossocial da mulher e as alterações anatômicas, morfológicas e funcionais do trato urinário são partes destacadas das adaptações do corpo da mulher grávida.

Na gravidez normal, ocorrem alterações estruturais do rim e dos segmentos do trato urinário. Quanto ao rim intrinsecamente, ocorre aumento do volume do glomérulo, provocando nefromegalia por fatores hormonais, com uma vasodilatação que acomoda maior quantidade de sangue e impõe o aumento do tamanho do rim da ordem de 1 centímetro.

As causas dessas alterações são muitas e se reconhecem influências mecânicas exercidas pelo útero gravídico, comprimindo particularmente os ureteres nas fases mais avançadas da gravidez e hormonais pela ação do estrógeno e da progesterona.

#### **Prognóstico da gravidez na mulher com insuficiência renal**

A maior parte das mulheres com insuficiência renal grave tem amenorréia e/ou anovulação. A probabilidade de concepção é baixa, mas não impossível. Estima-se que a gravidez ocorra em uma para cada 200 mulheres portadoras de IRC, em idade reprodutiva, sob tratamento dialítico. Diante dos riscos para a mulher e o feto, a orientação atual é de desencorajar a gravidez. O objetivo deve ser preservar qualquer função renal ainda presente, mesmo pequena, e/ou alcançar a reabilitação dessa função com diálise ou transplante, antes de se considerar a possibilidade da gravidez.<sup>4</sup>

A coexistência de doença renal e de gravidez não é desprovida de perigo para a gestante nem para a criança. O mais freqüente é a gestação em mulheres com função renal com discreto comprometimento funcional e sem hipertensão arterial. Nesse caso, é unânime a afirmação de que o prognóstico da gravidez é bom e não afeta adversamente o curso natural da doença. No outro extremo, na gestante com insuficiência renal grave e hipertensão arterial não controlada, são reduzidas as chances de nascimento a termo e existe ainda a possibilidade do agravamento da doença renal.<sup>4</sup>

Embora a probabilidade de concepção nas mulheres com insuficiência renal seja baixa, ela ocorre e pode incluir mulheres em estágio terminal da doença ou sob terapêutica dialítica.<sup>3</sup>

Na hemodiálise crônica ou na diálise peritoneal, a fertilidade pode ser restaurada. Algumas mulheres submetidas à hemodiálise crônica engravidaram e foram tratadas durante toda a gravidez, mas com pouco sucesso. Estudo realizado demonstra que, em 37 mulheres nas quais foi usada hemodiálise durante a gravidez, a hipertensão complicou-se em metade das gestações e houve desenvolvimento de descolamento prematuro da placenta em quatro delas. O estudo demonstrou, ainda, que apenas um quarto das gestações resultou em nascidos vivos e que a metade desses nasceu antes de 36 semanas de gestação em decorrência do trabalho de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, ruptura das membranas, risco fetal ou restrição do crescimento.<sup>5</sup>

O aconselhamento sobre as chances e os riscos de concepção ou de continuidade de uma gestação em mulheres com doença renal preexistente e o acompanhamento de nefropatas grávidas constituem dilemas clínicos que devem ser compartilhados por toda a equipe de saúde envolvida, pela mulher, por seu companheiro e pelos familiares.

A idade gestacional média, no momento em que a gravidez é diagnosticada, é de 16,5 semanas, pois os sintomas iniciais da gravidez, como náusea e amenorréia, são, com freqüência, atribuídos a outros problemas, e os testes de gravidez baseados na urina não são confiáveis,

mesmo se a mulher não for anúrica. A evolução da gestação depende de uma correta estratégia dialítica. As consultas pré-natais devem ser freqüentes para se conhecerem as tendências da pressão arterial, pois o principal risco para a mulher e o feto é a hipertensão.<sup>6</sup>

No aconselhamento sobre os riscos de concepção ou de continuação da gravidez, as decisões não são fáceis nem para os profissionais e nem para a família. A expectativa das mulheres é grande e elas podem conceber contra o aconselhamento ou recusar a interrupção da gravidez por razões religiosas ou emocionais. Nesses casos, a equipe de saúde, a família e a mulher devem estar preparadas para lidar com uma gestação de risco.<sup>3</sup>

#### **Aspectos psicossociais: a equipe multiprofissional no cuidado centrado na mulher**

As pacientes submetidas a diálise têm a vida bastante alterada, marcada pela dependência e por problemas psicológicos, sendo o mais comum a depressão, com presença de humor depressivo persistente, prejuízo da auto-imagem e sentimento de desesperança. Podem ocorrer, ainda, distúrbios do sono, alterações do apetite e diminuição do interesse sexual. Muitas dialisadas não retornam ao emprego que tinham antes do início da insuficiência renal. A doença e o tratamento comprometem principalmente seu bem-estar psíquico, suas relações com a família e em seu ambiente social e profissional.<sup>5</sup> Um comportamento não cooperativo, como a raiva, é comum entre as mulheres que sofrem de uma doença crônica, e não é surpreendente que muitas pacientes de diálise apresentem comportamento que incomoda a equipe de saúde. A infertilidade, por si só, é uma experiência estressante. É vivida como estigma e leva, muitas vezes, ao isolamento e a conflitos com o companheiro e com a família.<sup>7</sup>

As gestantes de alto risco, que apresentam uma condição preexistente e têm uma história de adaptação à doença crônica, merecem atenção especial da equipe multiprofissional. Nas gestantes com problemas preexistentes, o melhor predictor da adaptação à gestação de alto risco é a compreensão e o manejo anterior aos problemas de saúde. Essas condições crônicas interferem na auto-imagem da mulher de forma negativa e persistente, podendo ocorrer exagero dos distúrbios referentes à imagem corporal, ou à persistência de temores e fantasias negativas.

Algumas mulheres que não se adaptam psicológica e socialmente às condições da patologia podem considerar a gestação e o parto como evidência de normalidade. A abordagem de gestação de alto risco, para essas mulheres, reforça os sentimentos de anormalidade. Essas mulheres devem ser orientadas para o manejo de sua gestação de alto risco e para o controle das condições preexistentes.<sup>7</sup>

O atendimento adequado pela equipe multiprofissional e a adoção de enfoque interdisciplinar podem apoiar a gestante na compreensão da patologia, da própria gravidez, suas reações e conflitos gerados pelos medos e pelo sentimento de solidão. Nos casos crônicos, essas complicações são sentidas pela modificação da imagem corporal a cada diálise e pela incerteza de um transplante, única esperança de "cura".

Trabalhar com um doente crônico é um grande desafio para a enfermagem e para a equipe de saúde, pois a pessoa, geralmente, age de maneira diferente da esperada pelo profissional. A enfermagem deve estar atenta às implicações da cronicidade, uma vez que uma doença crônica pode levar a outras doenças e afetar a família.<sup>1</sup>

A mulher com insuficiência renal crônica requer cuidados de enfermagem, realizados por profissionais capacitados, a fim de evitar as complicações da função renal reduzida, decorrentes do estresse e da ansiedade de lidar com uma doença que envolve risco de vida, em especial no quadro de insuficiência renal/gravidez, com as complicações, com o tratamento e com a expectativa e espera do transplante.

A depressão é muito comum nas mulheres portadoras de IRC. Por isso, o diálogo sobre seus temores, sua frustração, sua raiva e suas desesperanças podem ajudar a aliviar a sensação de abandono e facilitar o processo de obtenção do tratamento necessário, adequado e oportuno, buscando a integralidade e a humanização do cuidado. Ajudar a mulher a enfrentar a situação de conflito e encorajá-la a discutir suas perdas reais e potenciais são atitudes que podem contribuir para a superação do estado depressivo.

#### **METODOLOGIA**

A proposta nesta pesquisa é conhecer o significado da gravidez e da maternidade para mulheres em idade fértil portadoras de IRC. Caracteriza-se como um estudo descritivo-exploratório utilizando a abordagem qualitativa com a orientação teórico-metodológica da dialética, que contempla os fenômenos na sua totalidade e na qual os objetos, os atores e os próprios fenômenos condicionam-se reciprocamente e interagem.<sup>8</sup>

A informação qualitativa, em vez de ser meramente objetiva, deve ser interpretativa, permitindo tanto sua melhor compreensão quanto, sobretudo, condições de intervenção e mudança. A informação qualitativa não se pretende neutra ou objetiva, mas permeável à argumentação consensual crítica. Na pesquisa, a abordagem qualitativa permitiu observar, para além das falas, tudo o que não foi dito: os gestos faciais, o olhar, o balançar da cabeça, o vaivém das mãos, o silêncio e a postura do corpo, porque tudo está imbuído de sentido e revela, muitas vezes, mais do que a própria fala.<sup>9</sup>

O estudo descritivo objetiva a descrição das características de determinada população ou fenômeno e busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, descobrindo a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.<sup>10,11</sup>

A interpretação dos resultados permitiu-nos aproximar da totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno no contexto do cenário de estudo.<sup>12</sup>

A informação qualitativa foi, assim, construída e desconstruída, para que duas condições fossem satisfeitas: do ponto de vista das entrevistadas, ter a confiança de que se expressou como queria; do ponto de vista do entrevistador, ter a confiança de que o revelado aproximasse do propósito do estudo e de sua validade tecno-social.

Para maior abrangência do tema, foi empregado o estudo de caso como método de pesquisa, pois este é verificado na investigação de fenômenos das mais diversas áreas do conhecimento e tem como objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade. Os resultados obtidos são válidos pelos casos estudados. Não é possível generalizá-los, mas eles possibilitaram o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que favorece a formulação de hipóteses para outros estudos e a proposta de intervenções no âmbito da atenção às mulheres portadoras de IRC em idade fértil.<sup>12</sup>

Com o estudo de caso objetiva-se compreender o comportamento do grupo, que não pode ser concebido segundo uma mentalidade única para testar proposições gerais e tem o propósito de tentar chegar a uma compreensão abrangente desse grupo.<sup>13</sup>

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Foram utilizados como instrumentos o formulário para a caracterização dos sujeitos do estudo quanto à idade, o estado civil, a religião, dentre outros, e a entrevista semi-estruturada, para permitir a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Esses instrumentos foram testados previamente no serviço de hemodiálise do Hospital São Lucas, no município de Montes Claros, MG, com mulheres que apresentavam as mesmas características das participantes desta pesquisa.

As pesquisas foram realizadas no Instituto de Nefrologia do Norte de Minas, após a identificação das participantes da pesquisa, com o objetivo de contactar as mulheres dos três turnos de diálise, nos dois grupos de atendimento: segunda, quarta e sexta-feira; e o outro, terça, quinta e sábado.

Foram utilizados como critério de inclusão as usuárias do Instituto de Nefrologia do Norte de Minas com idade de 12 a 49 anos, em tratamento dialítico e que possuíam ou não possuíam filho. Da lista de mulheres que atendiam ao critério do estudo foi realizado um sorteio, reorganizando uma nova lista de 1 até 42. As entrevistas iniciaram-se pelo número 1 da lista, seguindo até o número 19, quando se observou a saturação.

As entrevistas foram realizadas no próprio serviço, após apresentação de carta explicando a pesquisa, seu objetivo, a garantia de sigilo, o direito de não responder a qualquer uma das perguntas ou deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Após a leitura e a explicação da carta, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo à Resolução CNS nº 196/96. As entrevistas foram realizadas e gravadas pela pesquisadora em um consultório, não sendo permitida a entrada de outras pessoas.

O conjunto das entrevistas foi analisado de acordo com a técnica de Análise do Discurso, que permite a apreensão de frases temáticas, cujo percurso se inicia do mais abstrato em direção ao mais concreto.<sup>14</sup>

#### **ANÁLISE DOS DADOS**

As entrevistadas, todas mulheres com diagnóstico de insuficiência renal crônica, submetidas a diálise, apresentavam as seguintes características: 15 solteiras, duas

casadas e duas que se auto-intitularam amigadas. Das 18 entrevistadas, 14 não tinham filhos. Somente uma entrevistada apresentou renda mensal acima de cinco salários mínimos, enquanto três apresentaram renda de três a cinco salários, dez com um a três salários e cinco relataram possuir renda menor que um salário mínimo.

O tempo de tratamento dialítico variou de 3 meses a 15 anos. Todas as 19 entrevistadas expressaram o desejo de engravidar, mesmo que futuramente.

Com base na análise do discurso, após a ação sistemática de agrupamentos e reagrupamentos sucessivos, emergiram quatro categorias: O significado da maternidade; Mãe, de um jeito ou de outro; Filhos: o grande desafio; e E agora?

#### **1ª categoria: O significado da maternidade**

As entrevistadas abordaram o significado da maternidade como uma questão central da vida delas como mulheres, numa sociedade onde a maternidade é histórica, social e culturalmente construída. Em seus depoimentos, as mulheres falaram da maternidade como significado de doação e amor como demonstram os enunciados a seguir:

*Um ato de amor, de doação, de troca recíproca [...]. (D-3)*

*Acho que seria bom, eu me acho, assim, porque, a gente falar: eu sou mãe (levantando os braços), num é bom a palavra mãe? [...] Uma palavra tão doce, mãe, uma palavra tão bonita. (I-6)*

Essa representação externada pelas mulheres aponta a gravidez como algo aceito como normal do ser humano. Embora muitas nefropatas considerem que levam uma vida praticamente normal, a dependência da máquina (diálise) para a sobrevivência leva-as à condição de compreensível ruptura em suas rotinas doméstica e social, em suas relações interpessoais e em seus sonhos e planos de vida. Nesse contexto, planejar uma gravidez passa a ser uma utopia que foi expressa nos discursos como uma “completa realização” pessoal e para suas famílias. Isso implica, muitas vezes, sentimentos diversos como foi relatado pelas entrevistadas.

*Se eu soubesse que ia acontecer comigo eu tinha tido um filho, entendeu? Que eu sinto falta. (Q-7)*

*Eu sempre falava que eu deveria antes de começar esse tratamento, eu deveria ter tido um filho. (S-6)*

Ter um filho pode representar o desejo de seguir os mandamentos familiares, sociais ou religiosos que as mulheres ouviram desde pequenas. Os processos sociais e culturais são reproduzidos no âmbito da família. Algumas das entrevistadas lamentam-se por não terem realizado o desejo de maternidade – elemento de realização da mulher – quando mais novas, antes do diagnóstico da IRC.<sup>15</sup>

A impossibilidade da gravidez é vivenciada pelas entrevistadas com sentimento de frustração, como expresso nos enunciados:

*Eu num sei, às vezes eu vejo outra mulher assim, eu me sinto pequena... (Q-2)*

*Só que eu acho que toda mulher tinha direito de ter pelo menos um filho, não ficar sem ter filho, por causa que, não sei, porque o filho, o filho é alguma coisa pra mãe. (B-10)*

*Eu fico totalmente triste que eu nunca vou poder dar um netinho para o meu pai... (F-6)*

Uma das grandes características da maternidade é mostrar a adequação perfeita entre a natureza da mulher e a função de mãe, confirmando que as mulheres se sentem “anormais” quando não lhes é possível gerar uma criança, uma vez que gerar, em nossa cultura e na maioria das culturas, é um poder divino, é o dom da criação manifesto na forma humana da mulher. Quando a mulher está impedida, no caso de uma enfermidade crônica como a IRC, de desenvolver uma gestação, são comuns os sentimentos de inferioridade, os sinais e os sintomas de depressão, a indignação e a busca de um culpado.<sup>16</sup> Isso é demonstrado pelas entrevistadas quando se referem a uma grande frustração por não poderem ser mãe. Em outras situações, embora não aceitando as limitações impostas pela doença diante da gravidez, as entrevistadas mostraram compreender a situação e aceitar as condições impostas pela enfermidade:

*Eles falam assim, que não pode ter porque é arriscado eu e a criança, a criança não escapa. (C-5)*

*É um risco, não adianta a gente engravidar e perder e ainda correr risco de vida, alguma coisa assim. (D-5)*

*Aquela barriga tão bonita e de repente tudo desmoronando, não dá conta de deixar ele vim no mundo, então é sofrimento, eu prefiro não me arriscar, acho as duas vida importante. (Q-12)*

Mesmo considerando a possibilidade de aceitar e compreender as limitações ao desenvolvimento de uma gravidez, as entrevistadas manifestam o desejo de engravidar, pois, para as mulheres, a gravidez representa a expressão máxima da feminilidade e do instinto materno, o gratificador dos desejos da mulher.<sup>17</sup> Para essas mulheres, porém, a gravidez significa a desestabilização das condições clínicas até então mantidas sob controle. Por isso optam por não engravidar, numa clara submissão à limitação.

Quando a condição de risco existe anteriormente, a gravidez pode representar nova chance de vida, o recomeçar a viver, a derrota da doença.<sup>17</sup> Nessa situação, algumas mulheres optam pela gestação, mesmo sabedoras dos riscos, expressando uma transgressão às regras, às orientações e ao aconselhamento da equipe de saúde. Isso é expresso no enunciado a seguir:

*Eu pretendo correr esse risco, um dia ainda, apesar do risco, eu queria ser mãe, [...] porque deve ser bom ser mãe, uma dívida de Deus. A saúde a gente vai controlando, ninguém morre antes do dia. (G-7)*

Deve-se considerar, entretanto, que, ao tomar a decisão de engravidar, a mulher admite a possibilidade de ter seu tempo de vida encurtado, de como e quanto a

gravidez pode complicar sua saúde ou, ainda, de transmitir ao filho as doenças genéticas ou outras decorrentes do uso de medicamentos.<sup>17</sup>

### 2ª categoria: Mãe, de um jeito ou de outro

Algumas entrevistadas afirmaram que a maioria das mulheres na situação descrita, cientes do risco de uma gravidez, busca outras formas de realizar o desejo de se tornarem mães, o que é expresso nos relatos a seguir:

*Penso em voltar pra minha casa e quando eu tiver boa eu adotar uma criança, sabe? Isso é uma coisa que tá aqui dentro (apontando para o peito). (H-4)*

*Você adotar, como Lilian falou, assim, é, eu pretendo se ele tiver de acordo também (o namorado) aí eu pretendo assim, casar e adotar. (A-6)*

Na maioria dos casos, a decisão de adotar uma criança decorre da impossibilidade de gerar filhos, mas quando a mulher – ou o casal – decide pela adoção, passa a viver uma “gestação emocional”, pois temores da malformação congênita surgem sob a forma de medo de que os pais biológicos tenham problemas passíveis de ser transmitidos à criança. Na tentativa de substituir aquele filho que elas não tiveram condições de gerar, essas mulheres optam pela adoção de recém-nascidos, para que possam acompanhar o desenvolvimento deles:

*Eu quero assim, um nenê que é de berço, como se fosse eu que tivesse ganhado, mas só Deus que [...]. (A-8)*

*Pode ter ou não pode, se não tiver a gente adota um novinho, tem muito tipo, se a gente não pode engravidar. (N-4)*

A adoção de um recém-nascido é mais interessante para os pais adotivos, pois, quanto mais nova for a criança, mais se apegarão a elas e mais fácil lhes será identificar-se com a personalidade dela.<sup>18</sup> As entrevistadas demonstram essa preferência. Aprendeu-se com as entrevistadas que, na busca de possibilidades, as mulheres desenvolvem outras compensações:

*Vou amar meus sobrinhos como se fossem meus filhos. (F-5)*

*Eu tenho uma sobrinha que mora com nós [...], mesma coisa de ser uma filha [...]. (I-8)*

*Eu me considero mãe, sabe, assim, tem gente que fala assim que eu tô igual galinha de ovo goro, galinha que choca tudo [...] no Dias das Mães, o povo lá em casa, me trata assim, como mãe mesmo. (D-8)*

Essas manifestações se referem ao sentimento de “ser mãe”, uma vez que essas mulheres desempenham, de fato, esse papel com outras crianças de seu meio familiar. O desejo de ter um filho surge como um provedor da necessidade psicobiológica de desenvolver todas as capacidades latentes da mulher e algumas delas que optaram pelo desenvolvimento dessa capacidade, cuidando de seus

sobrinhos ou de outras crianças mais próximas, não pensando na possibilidade de adoção.<sup>17</sup>

### 3ª categoria: Filhos: o grande desafio

As mulheres nefropatas com filho único em tratamento dialítico reconhecem que a criação desse filho é dificultada pela patologia em si e pelo tratamento. Elas sabem que as restrições impostas pelo tratamento comprometem a qualidade de vida e o convívio social e familiar, como expresso a seguir:

*Meu mininho fica lá com minha cunhada, eu acho ruim demais, ele fica sozinho, sem a mãe e sem o pai. (C-2)*

*Vir três dia pra cá, menino cresce, fica nas mão dos outros, é chato demais se num for a mãe que puder criar. (K-4)*

Para as entrevistadas, essas condições influenciam no exercício da maternidade. As mulheres passam a temer, nessas condições, a impossibilidade de assumir plenamente o papel de mãe, o que representa delegar o cuidado dos filhos a outras pessoas, sobretudo nos momentos de ausência impostos pelo tratamento dialítico:

*Porque eu não tô no dia-a-dia com ele, e não podendo cuidar dele, me sinto triste, falta de viver, porque eu queria tá doente perto dele. (O-3)*

*Sem eu ela fica totalmente diferente, ela não quer ir prá escola, ela fica triste. (E-10)*

*Ele chamava a cunhada minha era de mãe, o marido dela também, chamava de mãe e pai, eu achava que ela não conhecia eu por mãe. (C-11)*

Além dos sentimentos relacionados à insuficiente presença junto aos filhos, as mulheres relatam que não acreditam na possibilidade de verem seus filhos crescer:

*Que eu penso, aí meu Deus, num vou ver ela formar, arranjar namorado. (E-11)*

*A gente não vai ver ele crescendo no dia-a-dia, aí vai ficar ruim pra gente vê o crescimento dele. (O-8)*

*Eu acho que um filho só é pouco, mas se você conviver uma vida assim mais ruim, assim eu acho que é muito. (B-11)*

Para que a mulher cumpra sua vocação na maternidade, é preciso que seja mãe constantemente. A limitação do convívio é imposta a essas mulheres e, assim, elas acabam desenvolvendo a idéia de que não estão cumprindo o papel delas. Acresce-se o fato de verem prejudicado o acompanhamento do crescimento de seus filhos.<sup>16</sup> Isso é referendado por outros autores que expressam que a arte de cuidar consiste, sobretudo, na possibilidade de os pais crescerem junto com cada filho, respeitando e acompanhando sua trajetória desde o nascimento até a vida adulta.<sup>19</sup> Pela falta de perspectivas em relação a seu quadro clínico e ao tratamento, elas não acreditam que poderão estar junto com seus filhos e, por isso, relatam que não querem repetir a mesma história, tendo outro filho.

#### 4ª categoria: E agora?

A dúvida imposta pelas limitações da doença, a essas mulheres, implica em possibilidades diversas, que vão dos sonhos à desesperança. Mas muitas acreditam que serão “curadas” confiando seu futuro a Deus e acreditam que ainda possam ter seus filhos e ficar mais próximas deles. A fé e a religiosidade foram expressas pelas entrevistadas, como retratam os enunciados a seguir:

*Meu sonho, ultimamente, eu quero ser mãe, um dia, um dia eu ainda vou ter, se Deus quiser. (G-9)*

*Meu sonho é poder curar, meus rins voltar funcionar, isso que meu sonho é, pra mim poder ir embora, ficar perto dele (do filho). (O-14)*

Mas algumas mulheres não têm tanta esperança quanto à realização de seus sonhos, evitando até mesmo fazer planos:

*Realizar desejo que toda mulher tem, casar, ter uma família, mas eu jamais vou ter essa chance, acho que não é realidade pra mim. (Q-17)*

*Casas, estudar, fazer faculdade, tem um tanto de coisa que eu nem sonho, sei lá, só não pode ter filho (risos e lágrimas). (F-11)*

*Não faço planos, não faço mesmo, porque eu sei que a gente não é igual os outros, eu procuro não pensar nada, deixar o tempo levando. (E-7)*

A desesperança descrita, às vezes, redundando em uma situação mais contundente evidenciada e sintetizada na frase:

*Seu corpo cansa, sua mente cansa, você num vê mais alegria, entendeu? (Q-20)*

Essa desesperança pode ser sugestiva do comportamento de algumas mulheres ao não verem mais qualquer sentido para sua existência, diante das limitações impostas pelo tratamento e da possibilidade do quase sempre esperado transplante.

O papel da equipe multiprofissional no aconselhamento e no acompanhamento dessas mulheres é fundamental para apoiá-las e para criar condições mais favoráveis ao tratamento e à vida delas.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho captou o sentimento de mulheres com IRC, em idade fértil, submetidas a diálise, focando as condições relacionadas à gravidez e à maternidade, diante da possibilidade de exercerem o papel social e cultural de mães. Para a maioria dessas mulheres, a gestação é um sonho que, apesar de não ser concretizado, torna-as mais fortes no enfrentamento da doença. A maternidade, para elas, é um ato de amor, de doação, porém a maioria tem consciência do risco que uma gravidez representa, tanto para elas como para seus filhos, o que faz com que elas,

diferentemente do que se pensava, evitem uma gravidez como forma de prezar por sua saúde e evitar complicações para um futuro bebê.

As entrevistadas relataram que a adoção é uma possibilidade de realização do sonho da maternidade. Indicaram o desejo de adotar um recém-nascido, para que sintam que realmente a criança lhes pertence e para que possam acompanhar o desenvolvimento dela.

As mulheres que têm um filho também desejam outra gestação, mas, sabedoras dos riscos, contentam-se com o filho único. Elas também optam por ter somente um filho, porque perceberam suas limitações no acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento da criança.

Mesmo diante desse quadro adverso, várias mulheres participantes da pesquisa demonstraram ter esperança de ser “curadas”, de ainda realizar o sonho da maternidade e de poder compartilhar mais de perto o desenvolvimento de seus filhos.

Recomendamos que os serviços que prestam cuidado a mulheres portadoras de IRC contem com uma equipe multiprofissional para o acompanhamento e o aconselhamento das mulheres, de seus companheiros e de seus familiares, em diferentes aspectos, incluindo os relacionados à intenção de ter um filho e sobre os riscos que a gravidez representa.

#### REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 4 v.
2. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 973p.
3. Pascoal SF. Nefropatia na gravidez. [Citado em: 23 abr. 2005]. Disponível em: [www.medonline.com.br](http://www.medonline.com.br).
4. Kahhale S. Nefropatias. [Citado em 16 ago. 2004] Disponível em: [www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br).
5. Daugirdas WJ. Willians Obstetrícia. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 1242 p.
6. Daugirdas JT, Todd S. Manual de diálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996.
7. Knuppel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 630 p.
8. Gadotti M. Pedagogia da práxis. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.
9. Demo P. Pesquisa e informação qualitativa. 2ª ed. Campinas: Papirus; 2001. 135p.
10. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Makron Books; 1996. 209 p.
11. Duarte SV, Furtado MSV. Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisas. 3ª ed. Montes Claros: Unimontes; 2002. 231p.
12. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1994. 175p.
13. Becker HS. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. 178p.
14. Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto. 16ª ed. São Paulo: Ática; 2001. 431p.
15. Lowdermilk DL. O Cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. 928p.
16. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1958. 370p.
17. Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas dos obstetras. São Paulo: Atheneu; 2002. 463 p.
18. Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. 4ª São Paulo: Martin Fontes; 001. 239 p.
19. Maldonado MT. Comunicação entre pais e filhos. A linguagem do sentir. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1991. 165 p.

Data de submissão: 16/04/07  
Data de aprovação: 21/12/07

264 ■ REME – Rev. Min. Enferm.; 11(3):258-264, jul/set, 2007

# INFLUÊNCIA DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA QUALIDADE DE VIDA DO SER HUMANO: (RE)DESVELANDO SIGNIFICADOS

INFLUENCE OF THE PROCESS OF AGING IN THE QUALITY OF LIFE OF HUMAN BEINGS: DISCOVERING MEANINGS

INFLUENCIA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL SER HUMANO: REVELANDO SIGNIFICADOS

Josiane de Jesus Martins<sup>1</sup>  
Daniela Couto Carvalho Barra<sup>2</sup>  
Erli Alexandrina de Souza<sup>3</sup>  
Zeli Maria de Oliveira Nostrani<sup>4</sup>  
Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>5</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>6</sup>  
Gelson Luiz Albuquerque<sup>7</sup>

## RESUMO

Atualmente, inúmeros fatores interferem e/ou influenciam o processo de envelhecimento humano. Tais fatores estão estreitamente interligados com as necessidades humanas básicas. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa cujo objetivo foi identificar as percepções e os significados do ser humano em relação ao seu processo de envelhecimento. Os dados foram coletados no período de 2 de maio a 2 de junho de 2006, por meio de questionário aplicado a 35 indivíduos com idade mínima de 45 anos. O projeto foi aprovado pelo CEP/Unisul – Brasil. Como categorias significativas marcadoras do processo de envelhecimento destacaram-se: *alterações da sexualidade, mudanças no corpo, ser avô/avó e aposentadoria*. Constatou-se, de forma ampla, que o envelhecimento populacional vem progredindo e que os seres humanos estão envelhecendo ao mesmo tempo sem o cuidado adequado para chegar à terceira idade com qualidade de vida. Para garantir a qualidade de vida dos idosos, são imprescindíveis ações educativas em todas as fases do desenvolvimento humano. **Palavras-chave:** Envelhecimento; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

Nowadays, innumerable factors intervene and/or influence the process of human aging. Such factors are closely linked to the basic necessities of human beings, both psycho-social and spiritual. This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach with the objective of identifying perceptions and meanings people have towards the aging process. The data was collected from May 2 to June 2, 2006, using a questionnaire applied to 35 individuals with minimum age of 45. The project was approved by the Ethics Committee of Unisul – Brazil. Significant categories of the aging process were found: *alterations of sexuality, body changes, being grandfather and grandmother and retiring*. Plenty of evidence was found for the in the aging of the population, and also that human beings are aging without adequate care for quality of life as senior citizens. In order to assure quality of life for the elderly, education actions are essential in all phases of human development. **Key Words:** Aging; Quality of Life; Health of the Elderly; Nursing; Qualitative Research

## RESUMEN

Actualmente, hay una gran cantidad de factores que interfieren y / o influyen en el proceso de envejecimiento humano. Tales factores están estrechamente vinculados a las necesidades humanas básicas, psicosociales y espirituales. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo cuyo objetivo es identificar las percepciones y significados del ser humano en relación a su proceso de envejecimiento. Los datos fueron recogidos entre el 2 de mayo y el 2 de junio de 2006 mediante un cuestionario aplicado a 35 individuos con edad mínima de 45 años. El proyecto fue aprobado por CEP/UNISUL. Como categorías significativas que marcan el proceso de envejecimiento, se destacaron: *alteraciones de la sexualidad, cambios en el cuerpo, ser abuelo/abuela y jubilación*. Se constató que el envejecimiento de la población está aumentando y que los seres humanos están envejeciendo sin el cuidado adecuado para llegar a la tercera edad con calidad de vida. Para garantizar calidad de vida a los ancianos es imprescindible que se pongan en práctica acciones educativas en todas las etapas del desarrollo humano. **Palabras clave:** Envejecimiento; Calidad de Vida; Salud del Anciano; Enfermería; Investigación Cualitativa

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PEN/UFSC. Enfermeira do HU/UFSC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unisul.  
<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva Adulta (IEC/PUC-MG). Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC. Bolsista CNPq – Brasil. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC.  
<sup>3</sup> Enfermeira. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – Santa Catarina.  
<sup>4</sup> Enfermeira. Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.  
<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de Urgência (UTI e Emergência). Membro do Grupo de Pesquisa Giate/PEN/UFSC.  
<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Departamento de Enfermagem UFSC.  
<sup>7</sup> Enfermeiro. Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem UFSC.  
Endereço para Correspondência: Rua Sagrado Coração de Jesus, Morro das Pedras, Florianópolis – SC. CEP: 88066-070.  
E-mail: josiane.jesus@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, a média de anos de vida da população está crescendo. Passou de 66 anos em 1991 para 68,6 anos em 2000, representando um ganho de 2,6 anos no mesmo período. Com relação ao sexo, a diferença entre a média de vida das mulheres e a dos homens também aumentou. Em 1991, as mulheres possuíam uma média de vida ao nascer de 7,2 anos superior à dos homens e, atualmente, essa diferença é de 7,8 anos. Os resultados dos censos de 1991 e 2000 demonstraram um impacto considerável sobre os gastos públicos com a saúde nessa faixa etária, em razão do aumento no risco de internações, maior tempo de permanência na rede hospitalar e elevação nos custos daí decorrentes.<sup>1</sup>

Está havendo grande acréscimo no número de idosos acima de 65 anos na população mundial e esse número vem crescendo significativamente nos últimos anos. Haverá entre os anos de 2010 e 2030 um aumento mais rápido da população idosa, uma vez que está havendo redução significativa na taxa de mortalidade infantil. Todo mês ocorre um aumento significativo: entre 800 mil pessoas acima de 65 anos, 70% delas, nos países em desenvolvimento, entram na terceira idade.<sup>2</sup>

No Brasil, o número de idosos acima de 60 anos cresceu. Em 1960 havia 3 milhões de idosos, em 2002 o número chegou a 14 milhões e a expectativa para 2020 é de que esse número chegue a 32 milhões. Crescem significativamente, também, as doenças próprias do envelhecimento. Podemos perceber a grande incidência dessas doenças pela crescente demanda por serviços de saúde, pois as doenças que acometem essa população são, em geral, crônicas e necessitam de acompanhamento constante.<sup>3</sup>

Chegar à velhice era, antes, privilégio de poucos, porém, mesmo em países menos desenvolvidos, isso se tornou muito mais fácil. O que foi conquista no século XX se transformou em um grande desafio para o século XXI, pois acarretará problemas complexos para áreas sociais e de saúde.<sup>3</sup>

Considerando os custos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade do tratamento, a exigência de acompanhamento médico-hospitalar e a necessidade de cuidados por médio e longo prazos, surge também a crescente e importante necessidade de os serviços de saúde se adaptarem para atender a essa demanda, seja em nível primário, secundário e/ou terciário. Diante do aspecto multidimensional do envelhecimento, se os problemas de saúde do idoso não forem abordados adequadamente, poderão provocar um impacto negativo para o Sistema de Saúde, considerando as demandas epidemiológicas decorrentes.

Por causa dessa elevação da expectativa de vida, que é mundial, muitos países convivem hoje com idosos de diversas gerações com problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos, que passam a exigir, com isso, políticas assistenciais diferentes, a fim de atender às suas necessidades.

Assim, como em outras faixas etárias, o ser humano sofre alterações orgânicas, de composição corpórea, além

de modificações funcionais dos diversos sistemas orgânicos, que devem ser estudadas e compreendidas num momento inicial. Somente após a compreensão dessa primeira etapa pode-se começar a estudar as diversas patologias encontradas na população idosa sem que alguns achados clínicos sejam classificados como patológicos, quando, na realidade, trata-se de alterações fisiológicas do processo de envelhecimento.<sup>4</sup>

Para cuidar do ser humano, em especial dos já envelhecidos ou em processo de envelhecimento, torna-se necessário que a equipe de saúde tenha conhecimentos sobre as modificações que ocorrem durante o processo de envelhecimento. Saliente-se que nem todos os indivíduos terão igualmente alterações ou modificações no processo de envelhecimento, tais como alterações biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas, pois estas serão decorrentes do seu processo de viver humano. Justifica-se, assim, a importância de os profissionais da saúde compreenderem a complexidade e a magnitude dessa etapa do ciclo vital, atuando em prol da promoção da saúde desse ser mediante a realização de um cuidado diferenciado.

Percebe-se, nitidamente, que alguns indivíduos nem sempre têm consciência do declínio da sua capacidade física e mental ou, ainda, que podem depender de terceiros para suprir suas necessidades/cuidados em saúde quando algumas morbidades se manifestam. Assim, quando ocorrem mudanças no modo de viver, adaptar-se a elas pode ser tarefa difícil para alguns.

As situações inerentes à condição do ser humano “envelhecendo” precisam ser mais bem compreendidas pela equipe de saúde para que seja possível propor e desenvolver um cuidado mais humanizado e ético.

Compreender as significações para esse ser que está em processo de envelhecimento pode auxiliar na busca e oferta de um cuidado individualizado e com qualidade efetiva.

Diante das considerações realizadas, neste estudo buscou-se responder à seguinte questão de pesquisa: “Como os seres humanos percebem seu processo de envelhecimento e quais fatores podem ser considerados mais significativos desse processo?”

Compreendendo a complexidade que envolve o processo de envelhecer humano, neste estudo teve-se como objetivo identificar as percepções e significados do ser humano em relação ao seu processo de envelhecimento.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.

• **Local do estudo** – O estudo foi realizado em dois locais: uma Unidade Local de Saúde (ULS) localizada no sul da cidade de Florianópolis e num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) localizado na região da Grande Florianópolis – Santa Catarina.

• **Atores sociais** – A amostragem foi composta por 35 indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos, de ambos os sexos, que residiam próximos a ULS, ou seja, moradores da comunidade e também de trabalhadores do HCTP que estavam atuando no período da coleta de

dados. Entre os participantes do estudo, 11 apresentavam diagnóstico médico de patologias como hipertensão arterial, alterações cardíacas, diabetes e alterações ortopédicas, e 24 participantes não apresentavam patologias.

• **Coleta de dados** – Foi iniciada após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP Unisul) da Universidade do Sul de Santa Catarina (Parecer nº 05.048.4.0.III) em 28 de abril de 2006. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudo e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O sigilo das informações e o anonimato foram-lhes garantidos pelas pesquisadoras, foram informados de que poderiam desistir de participar da investigação a qualquer momento.

Os dados foram coletados mediante a aplicação de questionário constituído de perguntas abertas e fechadas, no qual constavam algumas perguntas relacionadas com a percepção pessoal sobre a velhice, a observação do corpo e/ou das mudanças, a existência de algum(ns) fator(es) que indicou(aram) ou despertou(aram) para o fato de estar envelhecendo.

• **Análise dos dados** – Os dados foram analisados por meio da modalidade bibliográfica, com base nas informações coletadas nos questionários. Primeiramente, realizou-se a leitura dos dados, posteriormente a caracterização dos participantes e o estabelecimento de quatro categorias centrais pertinentes ao estudo: “alterações da sexualidade”, “mudanças no corpo”, “ser avô e avó” e “aposentadoria”.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Conhecendo o perfil do ser humano em processo de envelhecimento

Dos 35 sujeitos participantes do estudo, 13 (37%) tinham idade entre 45 a 50 anos; 9, (28%) entre 51 a 55 anos; 6 (16%) entre 56 a 60 anos; 3 (9%), entre 61 a 65 anos; 2 (5%), entre 66 a 70 anos; e 2 (5%), entre 71 a 75 anos. Os dados apontam para um grupo em que mais da metade dos participantes (81%) está inserida na faixa etária abaixo dos 60 anos. Esse dado é visto pelas pesquisadoras como importante, uma vez que essa faixa etária marca o início do processo de envelhecimento. No entanto, os sujeitos que fizeram parte da faixa etária acima dos 60 anos são considerados elementos essenciais para a pesquisa, em razão da enorme experiência adquirida ao longo da vida e dos conhecimentos que podem transmitir.

Em relação ao gênero, 20 (57%) eram do sexo masculino e 15 (43%), do sexo feminino. Esse dado contradiz os dados mundiais que mostram a proporção de mulheres maior que a de homens, uma vez que estes se expõem mais aos fatores de risco no trabalho, poluição ambiental, com maior prevalência de tabagismo e uso de álcool, dentre outros.<sup>5</sup> No entanto, a predominância do sexo masculino neste estudo se deve à escolha do HCTP como um dos locais para a realização da pesquisa. Por se tratar de um hospital de custódia e psiquiátrico, a maior parte dos funcionários é do sexo masculino.

Os dados sobre o estado civil revelaram que 21 (60%) dos entrevistados eram casados, 5 (14%) solteiros, 4 (12%) viúvos, 3 (9%) divorciados e 2 (5%) não informaram, caracterizando um predomínio de uniões estáveis. Esses

dados não refletem os achados demográficos do Brasil e das Américas, onde a idade a partir dos 60 anos apresenta a viuvez como principal estado civil dessa faixa etária.<sup>5</sup> As chances da viuvez aumentam para as mulheres à medida que a idade avança, diminuindo, pois, a oportunidade de um segundo casamento, principalmente com homens mais jovens.<sup>6</sup> Essa amostra não condiz com os achados demográficos, pois trabalhamos com um percentual de 81% dos participantes com idade entre 45 e 60 anos.

Em relação à profissão, observa-se que há uma diversidade de profissões, porém com predominância de 7 (19%) agentes prisionais e 5 (14%) técnicos e auxiliares de enfermagem. Esse dado ocorreu em razão dos locais escolhidos para a realização da pesquisa. Outras profissões que apareceram foram: 16% donas de casa; 9% agentes de saúde e aposentados; 6% professores, policiais militares e funcionários públicos; e 3% manicure, corretor de imóveis e comerciantes.

Dos 35 sujeitos participantes da pesquisa, 75% eram católicos, 6% espíritas, 3% luteranos, 3% protestantes e 14% não informaram a religião, havendo, portanto, predomínio da religião católica. Vale ressaltar que a espiritualidade não inclui somente a religião que o sujeito possui, mas também crenças, valores, intuição, amor, sensação de conexão com o Universo e capacitação pessoal.<sup>7</sup>

Atualmente, a relação entre envelhecimento e religiosidade faz parte do senso comum e pode ser observada em diferentes culturas e épocas. Tal relação tem sido corroborada por pesquisas que apontam o fato de que a religiosidade aumenta com a idade. Apesar do consenso entre os estudiosos e também da evidência empírica sobre a relação entre religiosidade e vida adulta, as opiniões são, muitas vezes, conflitantes no que diz respeito à religião ser ou não ser agente facilitador do bem-estar do homem.

Os dados sobre o grau de instrução dos 35 indivíduos entrevistados revelaram que 31% possuíam ensino médio completo; 26%, ensino fundamental completo; 17%, ensino superior completo; 17%, ensino fundamental incompleto; 6%, ensino superior incompleto; e 3%, ensino médio incompleto. Acredita-se que predominância de indivíduos com ensino médio completo se deve ao fato de a pesquisa ter sido realizada também com funcionários de órgão público (HCTP), uma vez que esse é o nível de escolaridade exigido para o ingresso na instituição mediante concurso público.

O nível educacional dos participantes interfere diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado, e diretamente na relação médico/paciente ou cuidado/cuidador.

Quando questionados sobre os problemas de saúde que apresentam, 24 (67%) sujeitos relataram que não possuíam problemas. Em contrapartida, 11 (33%) participantes apresentavam problemas de saúde. Os principais problemas relatados foram: hipertensão arterial, alterações cardíacas, diabetes e alterações ortopédicas.

Nos diagnósticos mais incidentes estavam aqueles que afetavam o sistema cardiovascular, primeiramente a hipertensão arterial sistêmica (HAS). As causas mais frequentes de doenças do aparelho circulatório e do aparelho endócrino têm grande incidência em indivíduos envelhecidos ou em processo de envelhecimento.<sup>9</sup>

Quando questionados sobre como encaravam a velhice e/ou o processo de envelhecimento, as respostas obtidas foram: “idade da experiência”, “algo bom”, “nunca parou para pensar”, “idade do declínio biológico”, “idade das doenças” e “período de medo”.

O fato de a maioria dos participantes perceberem a velhice como idade da experiência pode estar atrelado ao próprio processo de viver humano. Nesse processo de viver, os indivíduos acumulam experiências que lhe servem para guiar ou auxiliar nos projetos de vida, tomada de decisão e enfrentamento dos desafios impostos cotidianamente. Certos participantes se referem à velhice como algo bom, provavelmente porque estão saudáveis e felizes com sua vida. No entanto, uma parcela afirma não parar para pensar sobre o envelhecimento. Será pelo fato de se sentirem inseguros? Ou por acharem que a velhice é algo distante?

Ao serem questionados sobre a possibilidade de mudar algo na vida estas foram as respostas: 16 (46%) sujeitos não mudariam nada; 10 (29%) cuidariam mais da saúde e do corpo; 9 (25%) estudariam mais. As necessidades de mudanças “[...] variam de acordo com o estado de vida atual de cada um, ou seja, varia de acordo com o preenchimento ou satisfação de suas necessidades”.<sup>10</sup>

Em relação à observação/percepção dos participantes sobre mudanças no corpo, as respostas obtidas foram: 26 (74%) responderam que percebem várias alterações, 6 (17%) não perceberam mudanças no corpo, 2 (6%) dizem que discretas alterações foram observadas e 1 (3%) nunca reparou.

Entre os participantes do estudo que relataram mudanças significativas presentes no corpo (74%), estas foram as mais referidas: rugas, gordura localizada, flacidez, cabelos brancos e aumento do peso corporal.

O envelhecimento humano pode ser marcado por vários fatores, dentre os quais o aumento da longevidade pelo avançar da idade cronológica, a realização pessoal e a concretização de sonhos, objetivos e a idéia de uma vida mais calma e tranqüila. Nesse sentido, 66% dos participantes disseram que se sentiam felizes por estarem envelhecendo.

O envelhecimento é um processo natural de transformações fisiológicas e estruturais que acontecem no corpo e na mente ao longo da vida. Seu início não tem previsão cronológica exata; vai depender de cada indivíduo que sofre as influências sociais, ambientais e culturais.<sup>10</sup>

Entre as mudanças relatadas pelos entrevistados que marcaram e avisaram “estou envelhecendo” estas foram as mais importantes: mudança no corpo, ser avô e avó, climatério/andropausa/menopausa, aposentadoria, mudanças financeiras, alterações sexuais e depressão.

Os sujeitos percebem seu envelhecimento quando tomam consciência de alguns sinais. Alguns percebem os sinais por volta dos 40 anos, o que os leva a deparar repentinamente com fatos que indicariam que tinham se tornado “velhos”. Outros sujeitos percebem que os fenômenos acontecem progressivamente, provocando a sensação de que estariam envelhecendo. De qualquer forma, os sinais/fenômenos são percebidos com certo pesar.<sup>11</sup>

### **(Re)desvelando significados sobre o envelhecer humano**

Com base nos dados coletados e no perfil delineado dos sujeitos, quatro categorias empíricas surgiram para análise: *alterações da sexualidade; mudanças no corpo; ser avô/avó e aposentadoria.*

#### *Alterações da sexualidade*

A sexualidade e a velhice são temas de difícil entendimento por parte da sociedade. É um período da vida muitas vezes classificado como assexuado. Essa fase da vida é rotulada como o período de “não sentir” e/ou “não desejar”, dentre outras que a sociedade costuma enfatizar.

Em algumas civilizações ocidentais antigas, o comportamento sexual dos casais, de certa forma, serviu como herança para os dias atuais. Nas tribos primitivas, as relações entre os sexos não eram mantidas com intuito afetivo ou pelo desejo de ter o outro para si, e sim para estabelecer uma unidade com propósito de sobrevivência física.<sup>12</sup>

Algumas condutas em relação à sexualidade do ser humano estão presentes desde o início da civilização, dificultando a possibilidade de uma troca afetiva sem outros interesses. Os casamentos eram arranjados, visando somente ao interesse pessoal, como formação de capital, segurança para a velhice, dentre outros; as uniões por amor estavam em segundo plano, assim como as trocas afetivas e os sentimentos mais profundos.<sup>12</sup>

Assim como entre os gregos, os casamentos entre os romanos não eram realizados por amor, além de ser uma forma de o homem possuir filhos legítimos que herdariam os seus bens. A mulher era responsável pela educação dos filhos e dos afazeres domésticos, além da ocupação com os negócios da família. A beleza feminina era um fator importante para manter um casamento. O aparecimento de rugas poderia ser um motivo para ocorrer o divórcio. A velhice feminina era considerada fato prejudicial na relação do casal e, muitas vezes, atrapalhava o convívio do casal, dada a falta de atração sexual do parceiro. Pode-se constatar que a importância da beleza física continua presente nos dias atuais.<sup>12</sup>

Os conceitos tradicionais sobre sexualidade, tais como beleza e atração sexual, eram vistos como comportamento inapropriado em relação à idade, apresentando respostas sociais negativas. O sexo realizado entre os idosos casados era visto também como não natural e representava uma afronta à sociedade. Essa percepção errônea talvez tenha sido e continue a ser o motivo principal pelo qual a sociedade visualiza o idoso sem sexo.<sup>13</sup>

Atualmente, diante de tantos tabus, a sociedade continua tendo dificuldade de lidar com a questão da sexualidade, principalmente no que se refere ao idoso. Observa-se que os mais jovens possuem um grau de preconceitos em relação à sexualidade dos idosos, como também sobre si mesmos, já que futuramente farão parte desse grupo e estão presos aos seus próprios conceitos e preconceitos.

A falta de informação sobre o processo de envelhecimento, assim como das mudanças na sexualidade em diferentes faixas etárias e especialmente na velhice, tem

contribuído para a manutenção de preconceitos e, conseqüentemente, para a estagnação das atividades sexuais dos idosos.

É importante salientar que se a saúde do idoso estiver em boas condições nada impedirá que ele mantenha a atividade sexual ativa, pois a função sexual existe até a morte, diferenciando-se apenas em cada época da vida.

A maioria dos participantes deste estudo respondeu à questão relacionada à sexualidade sem nenhum constrangimento, mostrando que esse aspecto de sua vida não necessita ser mascarado, mas, sim, compartilhado com outros.

A sexualidade na terceira idade, assim como nas demais faixas etárias, não se refere somente ao ato sexual em si, mas à troca do afeto, carinho, companheirismo, vaidade, o cuidado corporal. Ela pode ser percebida e vivenciada pelos indivíduos de diversas formas, tais como: momento de expressão da afetividade, afirmação do corpo com sua funcionalidade, percepção de si e de sua identidade, proteção da intimidade contra a ansiedade e confirmação da identidade e manifestação do prazer através do contato físico.<sup>14</sup>

Em estudo sobre como os idosos expressam sua sexualidade, os achados apontaram que 70% acreditavam que o casal pode viver sem sexo; 100% acreditavam na existência de outras formas de expressar carinho que não sejam sexuais, podendo ser formas de demonstrar sentimentos, dentre eles a sexualidade; 80% mantinham relação sexual com seu parceiro e esse mesmo percentual revela que ao envelhecer o desejo apenas se modifica, não acaba, e que ainda há desejos sentimentais, emocionais e sexuais pelo(a) companheiro(a).<sup>14</sup>

Nada há para justificar a crença de que a velhice embote a capacidade e/ou a presença do desejo pelo outro, pois os sentimentos não envelhecem. O importante é que tanto o homem quanto a mulher conheçam o que pode mudar na resposta sexual. O que acontece é que, em razão dos preconceitos e condicionamentos culturais, essa mulher acaba reprimindo sua sexualidade.<sup>15</sup>

Portanto, todo ser humano em idade madura ou já envelhecido deve ter a expressão da sua sexualidade, pois essa é uma necessidade humana básica e pode ser sentida/vivida/satisfeita por todos.

#### *Mudanças no corpo*

Geralmente, o conceito que se tem em relação ao corpo desenvolve-se com base nas avaliações que os seres humanos fazem do seu próprio ser. Atualmente, a sociedade moderna vivencia a supervalorização da aparência física, não se importando somente com o que os sujeitos dizem ou realizam, mas, fundamentalmente, como se apresentam fisicamente.

Observa-se que, desde muito cedo, as pessoas aprendem a ter conceitos variados sobre a velhice e o processo de envelhecimento. Quando jovens, resistem a qualquer idéia de um dia pertencer a essa geração, ou seja, inconscientemente, ignoram a velhice.

O medo de ser velho e perder as habilidades que o corpo garante pode ser assustador para muitas pessoas. Esse medo pode estar fundamentado na exclusão que a sociedade impõe aos idosos, a partir do momento em que enaltecem a beleza do corpo jovem e perfeito.<sup>16</sup>

Infelizmente, a velhice ainda é vista, na sociedade, como sinônimo de doença e/ou de incapacidade física e mental. Quando o velho possui alguma incapacidade corporal, ele é percebido e enquadrado no modelo preestabelecido de não ter condições de assumir sua vida, tornando-se um ser dependente de outras pessoas.

No entanto, comparar uma graduação de dependência não é uma condição que atinge a todos uniformemente, ocorrendo domínios funcionais diferente a cada idoso. A incapacidade para ir às compras, cuidar das finanças, andar pela cidade ou um comprometimento mais grave com a locomoção, com a visão ou com audição não significam, necessariamente, disfuncionalidade em todos os domínios.<sup>17</sup>

Um estudo realizado com idosos de um centro de convivência sobre a percepção que tinham sobre o envelhecimento mostrou que eles relataram mudanças no apetite e nos hábitos alimentares. Tais mudanças estavam relacionadas à falta de dentes, intolerância a certos alimentos e dificuldade de deglutição. Eles percebiam que seus corpos não estavam somente limitados nas sensações físicas, mas também nos processos mentais, uma vez que tinham de lidar com a experiência de perda da memória e da dificuldade de processar informações.<sup>11</sup>

As crenças a respeito da velhice são silenciosas, formadas por um conjunto de imagens negativas que fazem parte de cada ser humano. Torna-se necessário compreender que o velho é um ser humano e, portanto, necessita de aceitação e reconhecimento.<sup>18</sup>

A possibilidade de estar sozinho e isolado pode levar a transtornos depressivos que podem roubar a própria vida. Sabe-se que envelhecer é um processo irreversível e natural a que o ser humano está submetido, mas também se entende que cada um pode viver sem sofrimento e com sabedoria descobrindo novas maneiras de estar no mundo com alegria. Para concretizar um envelhecimento saudável, o ser humano deve, primeiramente, aprender a “envelhecer” e aceitar esse processo naturalmente.

#### *Ser avô/avó*

Para o ser humano “envelhecete” ou já envelhecido, tornar-se avô ou avó é um fato importante na sua vida, contudo os avós nem sempre podem conviver com os netos e acompanhar o desenvolvimento deles como acontece atualmente. Com o aumento da expectativa de vida, da longevidade e da melhoria da qualidade de vida, os avós podem, na maioria das vezes, acompanhar o desenvolvimento de seus netos até que estes cheguem à idade adulta. Percebe-se hoje que a idade para uma pessoa se tornar avô ou avó tem sido muito mais variada, havendo avós com idade entre 35 e 70 anos.

Na sociedade contemporânea, avós e avós tendem a ser figuras privilegiadas no imaginário das pessoas. São, com algumas exceções, amadas e recordadas com imenso carinho pelos netos.

O papel dos avós no cuidado dos netos tem sofrido alterações significativas nos últimos anos. Essas mudanças influenciam as configurações familiares e o tipo de cuidado dos avós dispensados aos netos. Os avós, que antes desempenhavam papéis de bonzinhos e permissivos, hoje têm atribuições de pais, tendo como obrigação impor-lhe limites e regras, já que os netos ficam a maior parte

do tempo na companhia deles. Muitas vezes os avós se tornam cuidadores integrais dos netos.

Ao olhar dos avós, os netos são objetos de muito amor, e as crianças são tidas como fonte de renovação de si mesmos e da família. Principalmente se estão em idade avançada. Os sentimentos direcionados aos netos são os mais calorosos e mais felizes dessas pessoas.<sup>19</sup>

Ser avô/avó pode trazer a conotação do envelhecimento, uma vez que em nossa cultura está relacionado com o simbolismo do envelhecimento.

#### *Aposentadoria*

O ser humano vem demonstrando significativo crescimento na perspectiva de vida desde o final do século passado. O terceiro milênio tem como grande desafio o envelhecimento populacional.

Aposentadoria é um acontecimento que muda a vida psicológica e social do trabalhador: quanto maior a satisfação do indivíduo com o trabalho e com os grupos, maiores as dificuldades encontradas no desligamento das atividades laborativas.<sup>1</sup> Para o aposentado, a perspectiva do envelhecimento surge como perda de poder e de valores, além da sensação de perda de potencial, relacionado à possibilidade de afastamento como processo de envelhecimento.

Vivemos numa sociedade em que se mensura o valor das pessoas pelo que fazem para ganhar a vida. O processo de envelhecimento e o afastamento do trabalho podem representar um retrocesso na posição social. O modo de produção capitalista reproduz esse processo. Ou seja, a pessoa vale por aquilo que ela produz. Para ter o reconhecimento no núcleo familiar e na sociedade, muitos desses aposentados fazem questão de se manterem produtivos, criando novas estratégias para o papel a ser assumido.

Para muitos aposentados, aprender outra função e tentar fazer uma mudança parecem ser uma tentativa de fazer algo diferente daquilo que fez a sua vida inteira. Um estudo relata que somente 58% das pessoas em idade de aposentadoria gozam plenamente desse privilégio.<sup>20</sup>

Para alguns, trabalhar após aposentadoria pode ser observado sob múltiplos pontos de vista, dentre os quais: manter as mesmas condições de vida e preencher o vazio social. Dentre as muitas perdas decorrentes do envelhecimento, a ausência de trabalho é referida como grande significação no sistema de identidade na trajetória e no cotidiano de vida do idoso.

Estes dados, se estudados mais detalhadamente, mostrarão uma situação bastante preocupante, ou seja, esse aumento significativo da população idosa colocará em risco também a previdência social, uma vez que aumentarão os gastos com aposentadorias.

O crescente e rápido aumento da longevidade e da sobrevida preocupa a previdência social do Brasil, principalmente porque as aposentadorias brasileiras estão se tornando muito maiores que nos países desenvolvidos. Outro dado que chama a atenção é o retorno do aposentado ao trabalho, em decorrência, muitas vezes, da necessidade de buscar outra fonte de renda para subsidiar e/ou ajudar nas despesas domésticas e gastos com saúde.<sup>21</sup>

Pensar no retorno dos aposentados ao trabalho é importante, no entanto é imprescindível conhecer, no mínimo, suas realidades físicas, psíquicas, sociais e econômicas. Acredita-se que o trabalho para o idoso requer gestões participativas, e não apenas a execução de tarefas.<sup>21</sup> O idoso deve ser avaliado e valorizado pelas possibilidades, como também pelas limitações que propiciará ao mundo do trabalho, pois, enquanto estiver (o idoso) realizando uma atividade laborativa, estará permitindo o seu desenvolvimento contínuo.

Por outro lado, existem valores socioculturais que excluem os idosos do convívio social, criando barreiras que lhes impedem a participação em vários cenários da sociedade. Na nossa sociedade, ser velho significa, na maioria das vezes, estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares, densamente valorizado, é aquele relativo ao mundo produtivo, o mundo do trabalho.<sup>22</sup>

A identidade dos idosos construída pela sociedade se contrapõe à identidade dos jovens e, como consequência, se tem a contraposição das qualidades atividade, força, beleza, potência e produtividade como características típicas e geralmente imputadas aos jovens e às qualidades.<sup>22</sup>

Acreditamos que não é necessário apenas resolver o problema econômico do idoso, mas também proporcionar-lhe cuidados culturais e psicológicos de forma a integrá-lo socialmente. O retorno do idoso ao trabalho, ou mesmo sua permanência no mundo do trabalho, deve ser visto como fator de motivação e integração dele com o uso de suas potencialidades. A segunda profissão pode em alguns casos, ser vista como *hobby*. A sociedade deve estar preparada para receber esse idoso com dignidade, dando-lhe oportunidade.

O importante não é apenas o retorno ao trabalho do idoso aposentado para assegurar uma segunda renda, e, sim, que ele se sinta útil, produtivo, com capacidade de interação com o meio, levando seus conhecimentos e habilidades para seu novo trabalho. Nesse sentido, além de o trabalho prover sua necessidade econômica, proverá também algumas das necessidades emocionais e sociais e ele não mais será taxado de “improdutivo” ou simplesmente de “aposentado para a vida”.

Torna-se importante valorizar a experiência do idoso e despertar-lhe o interesse em retomar o ser produtivo nele adormecido e fazê-lo entender que a vida produtiva não pode estar apartada desse segmento da população. É preciso resgatar as atividades lúdico-desportivas direcionadas para a terceira idade, trabalhando nos limites de cada um, independentemente da idade, contribuindo para o amadurecimento de sua identidade e integração como pessoa. Dessa forma, estar-se-á propiciando o envelhecer psicológico adequado a esse idoso e a sua família.<sup>23</sup>

O reingresso do idoso ao mercado de trabalho não se deve dar de forma precária ou menos vantajosa para ele, pois a população idosa já é um segmento marginalizado da sociedade. Em alguns locais, observa-se essa precariedade por salários inferiores, instabilidade e carga horária exaustiva. Cabe a toda à sociedade e ao governo impor políticas públicas no que diz respeito ao trabalho na terceira idade, com aposentadorias dignas e oportunidades de melhor explorar as potencialidades do idoso, seja no trabalho, seja no desempenho de novas tarefas.

Ressalte-se que a aposentadoria influencia também as mudanças de ordem financeira do ser humano “envelhecendo” ou já envelhecido. Contudo vivemos ainda numa sociedade que tem baixos indicadores de bem-estar social, e isso faz com que tenhamos de refletir sobre a influência do fator financeiro na qualidade de vida do ser humano.<sup>21</sup> Outro fato que merece ser destacado é que a alteração financeira pode advir também com o surgimento de doenças crônicas degenerativas que intensificam os custos com o tratamento.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nos permitiu viver uma relação de troca e saber com os seres humanos que estão vivenciando o processo de envelhecimento ou os já envelhecidos.

Essa vivência revelou e ensinou muito a respeito do envelhecimento humano, pois cada ser tem sua história, suas vivências únicas. Por meio de cada história o homem registra sua passagem por este mundo.

Compartilhar saberes (enfermagem/seres humanos) foi de grande valia, tendo em vista que muitos se mostraram disponíveis e dispostos a modificar alguns comportamentos até então não condizentes com uma adequada condição de saúde e qualidade de vida.

Envelhecer é algo que permeará a vida do ser humano, pois envelhecemos logo após nossa concepção. Saber envelhecer com saúde e qualidade é algo mais difícil, uma vez que depende de nossas crenças, objetivos, modo de vida e condições ambientais, sociais e econômicas. Enfim, conhecer os fatores mais significativos do envelhecimento humano presente na vida de indivíduos em idade madura ou já envelhecidos amplia a área de atuação da enfermagem. A Enfermagem, como disciplina, precisa entender esse processo e adaptar-se para realizar o cuidado dos idosos. Acreditamos que o ser humano envelhecido ou em processo de envelhecimento necessita de cuidado, e para cuidar é preciso conhecer.

### REFERÊNCIAS

1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores sociais 2002/IBGE. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2003.  
2- Reichel WMD, Gallo SS, Rabins PV, Silliman RA. Assistência ao idoso: aspectos clínicos do Envelhecimento. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.

3- Veras, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):705-715, maio-jun; 2003.  
4- Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.  
5- Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto domiciliar. (Dissertação). Campinas (SP): Escola de Enfermagem/UNICAMP; 2001.  
6- Veras RP. Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Relume-Dumará; 1994.  
7- Gallo BM, Hudak CM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997.  
8- Néri AL. Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas (SP): Editora da Unicamp; 1991.  
9- Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública. 2004 out; 38(5): 687-94.  
10- Martins JJ, Lana CD. A concepção do idoso em relação ao processo de envelhecimento. Rev. Ciências da Saúde 2003 jan-dez; 22(1-2): 50-9.  
11- Silva EV, Martins F, Bachion MM, Nakatani AYK. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. REME Rev. Min. Enferm. 2006 jan-mar; 10(1): 41-5.  
12- Branden N. A psicologia do amor romântico. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Imago; 1982.  
13- Ladeia EMB. Experiência Existencial do envelhecer [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.  
14- Catusso MC. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. Rev. Virtual Textos Contextos 2005 dez; 4(4). [Citado em dez. 2006] disponível em: <http://revistaseletronicas.puers.br/ojs/index.php/fass/article/viewfile/996/776>.  
15- Lemos EF. Sexualidade na terceira idade: memórias dos anos dourados. 1ª ed. Florianópolis (SC): Editografi; 2003.  
16- Monteiro PP. Envelhecer: histórias encontros e transformações. 2ª ed. Belo Horizonte (MG): Autêntica; 2003.  
17- Duarte YAO, Diogo MJD'E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.  
18- Oliveira OS. Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana. São Paulo (SP): Hucitec/FAPESP; 1999.  
19- Zanelli J, Silva N. Programa de preparo para aposentadoria. 1ª ed. Florianópolis (SC): Insular; 1996.  
20- Peixoto PS. Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana. São Paulo (SP): Hucitec/FAPESP; 2004.  
21- Grunewald V. Grupo de crescimento pessoal e reintegração/criação laborativa na terceira idade: auto-conhecimento e pensamento ergonômicos. [tese]. Florianópolis (SC): Escola de Engenharia de Produção/Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.  
22- Mercadante E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 1ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1996. p. 73-76.  
23- Debert GG, Simões JA. A aposentadoria e a invenção da terceira idade. In: Debert GG. Antropologia e envelhecimento. Campinas (SP): NICAMP/IFCH; 1998.

Data de submissão: 29/12/06  
Data de aprovação: 27/11/07

# ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ALTO VALE DO JEQUITINHONHA/MG

NUTRITIONAL STATUS AND FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM, IN THE UPPER JEQUITINHONHA VALLEY, BRAZIL

ESTADO NUTRICIONAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE ANCIANOS ATENDIDOS POR EL PSF DEL ALTO VALLE DEL JEQUITINHONHA/MG, BRASIL

Percillianna Aparecida Ferreira Alves<sup>1</sup>  
Vanessa Silva Santos<sup>1</sup>  
Rosana Passos Cambraia Beinner<sup>2</sup>  
Nadja Maria Gomes Murta<sup>3</sup>

## RESUMO

Neste estudo, investigaram-se a capacidade funcional, a situação socioeconômica e o estado nutricional de idosos da área de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) de um município do Alto Jequitinhonha, buscando verificar a associação entre eles. Quanto à capacidade funcional, em geral os idosos não necessitavam de ajuda para tomar banho, realizar higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se e locomover-se. Quanto ao estado nutricional, 33,3% eram desnutridos, 40,6% eutróficos e 26,1% obesos. Constatou-se que 64,0% dos idosos viviam com até dois salários mínimos. Evidenciou-se a necessidade de monitoramento permanente do grupo etário, visando a medidas preventivas, principalmente em relação ao estado nutricional.

**Palavras chave:** Atividades Cotidianas; Idoso; Estado Nutricional; Programa Saúde da Família; Saúde do Idoso

## ABSTRACT

This study investigated the functional capacity, the social, economic and nutritional status of the elderly in the area covered by the Family Health Program in the region of the Upper Jequitinhonha Valley. In terms of functional capacity, the elderly in general did not need help to bathe, do personal hygiene, dress, feed and move. As to nutrition, 33.3% were undernourished, 40.6% normal and 26.1% were obese. 64.0% lived with up to two minimum wages. There was a need for permanent monitoring of the susceptible age group, and focus on preventive measures, especially on nutritional status.

**Key words:** Activities of Daily Living; Aged; Nutritional Status; Family Health Program; Health of the Elderly

## RESÚMEN

En este trabajo se analizaron la capacidad funcional, la situación socioeconómica y el estado nutricional de ancianos del área de alcance del Programa Salud de la Familia de un municipio del Valle del Alto Jequitinhonha, con miras a verificar la asociación entre estos tres aspectos. En cuanto a la capacidad funcional se observó que, en general, los ancianos no precisaban ayuda para su higiene personal, bañarse, vestirse, alimentarse y desplazarse; en relación al estado nutricional: 33,3% estaba desnutrido, 40,6% eutrófico y 26,1% obeso; la situación socioeconómica revela que 64,0% de los ancianos vivía con hasta dos sueldos mínimos. Quedó constatada la necesidad de controlar permanentemente a este grupo etario con miras a adoptar medidas preventivas, sobre todo en lo referente al estado nutricional.

**Palabras clave:** Actividades Cotidianas; Anciano; Estado Nutricional; Programa Salud de la Familia; Salud del Anciano

<sup>1</sup> Enfermeiras. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

<sup>2</sup> Psicobióloga. Professora adjunta na Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

<sup>3</sup> Gerontóloga. Professora assistente na Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Endereço para correspondência: Nadja Maria Gomes Murta, Grupo Jequi Saúde Coletiva, UFVJM Campus I, Rua da Glória 187, sala 15, Centro, Diamantina/MG. Telefone: (38) 3531-1811. E-mail: nadjanut@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

A estrutura etária da população mundial vem mudando rapidamente com tendência para o crescimento elevado da população idosa (pessoas com 60 anos ou mais) em relação aos demais grupos etários. No Brasil, o rápido envelhecimento populacional apresenta-se mais acelerado do que em muitos países desenvolvidos, sendo estimado que em 2025 o País deverá apresentar a 6ª maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos.<sup>1,2</sup>

O envelhecimento é, em grande parte, um desafio do mundo contemporâneo que afeta tanto os países desenvolvidos quanto os países em desenvolvimento, ainda que de forma desigual e específica a cada sociedade. O contexto institucional instável e o ambiente econômico desfavorável geram condições que fazem o processo de envelhecimento no Brasil ser mais complicado.<sup>3,4</sup>

Os principais fatores que determinam essa mudança da estrutura etária no País são: a alta taxa de natalidade prevalente no passado, o brusco declínio da mortalidade que se iniciou após 1940 e a redução, a partir da década de 1970, dos níveis de fecundidade.<sup>3,5</sup>

O envelhecer submete o organismo a diversas alterações fisiológicas que repercutem nas condições de saúde do idoso, alterando, assim, sua capacidade funcional e seu estado nutricional. A capacidade funcional é a medida da disposição que a pessoa possui para realizar atividades simples e rotineiras que refletem na independência.

O estudo da capacidade funcional em idosos é de extrema importância por avaliar-lhes a autonomia e, conseqüentemente, a participação social. À medida que os indivíduos possuem autonomia, passam a tomar suas próprias decisões em relação ao que fazer e como fazer, havendo, assim, melhora significativa na qualidade de vida. A partir do momento em que o comprometimento funcional chega a impedir o cuidado de si mesmo, surgem vários problemas, até mesmo a sobrecarga dos cuidadores (família e outras pessoas próximas) e no sistema de saúde.<sup>6,7</sup>

A avaliação do estado nutricional é um dos principais componentes na avaliação do estado de saúde dos indivíduos. É resultante do equilíbrio entre a ingestão alimentar e a necessidade energética do organismo, sendo que, em geral, as alterações no estado nutricional geram conseqüências indesejáveis para a saúde das pessoas.

O estado nutricional dos idosos pode ser medido pelo índice de massa corporal (IMC) – peso em quilograma dividido pela altura em metros ao quadrado –, sendo os seguintes pontos de corte: IMC abaixo de 22,0 kg/m<sup>2</sup> (baixo peso); IMC entre 22,0 e 27,0 kg/m<sup>2</sup> (normopeso); IMC acima de 27,0 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso).<sup>8</sup>

A alteração nutricional mais importante nos idosos é a desnutrição protéica calórica,<sup>9</sup> responsável pelo aumento da mortalidade, susceptibilidade à infecção e redução da qualidade de vida. A obesidade, por sua vez, está associada a uma elevada incidência de patologias clínicas e mesmo cirúrgicas, constituindo um fator de risco para doenças graves. As principais são as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo II, osteoartrite, distúrbios em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios, podendo causar sofrimento, depressão e comportamentos de esQUIVA social, que prejudicam a qualidade de vida.<sup>1</sup>

A Relação Cintura Quadril (RCQ) revela a exposição dos indivíduos aos riscos de co-morbidades associados à obesidade. Com base na RCQ, pode-se associar os indivíduos à obesidade andróide – distribuição central da gordura corporal, o que faz lembrar o formato de uma maçã, associada a um alto risco de doenças crônicas não transmissíveis; e à obesidade gínóide – caracterizada pelo aumento de gordura nos quadris, o que faz alusão a uma pêra e está relacionada com risco de artroses e varizes.<sup>11</sup>

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada pelo Governo Federal em 1994, tem como principal objetivo proporcionar saúde de boa qualidade por meio da atenção primária à saúde (priorizando ações de promoção e prevenção). O idoso, por fazer parte de um grupo suscetível ao desenvolvimento de doenças e, conseqüentemente, necessitar de atenção diferenciada tem conquistado espaço nas políticas públicas nacionais, como a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que atribui à ESF a assistência à saúde necessária ao grupo.

Envelhecer com boa qualidade de vida é um propósito a ser alcançado pela população idosa. Tendo em vista essa afirmativa, neste estudo objetivou-se traçar o perfil do estado nutricional e da capacidade funcional do idoso, bem como verificar a existência de associação entre elas.

## MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado no município de Diamantina - MG, em um bairro de periferia coberto pela estratégia de saúde da família, em 2005, sendo o protocolo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Entre os 240 idosos cadastrados pela ESF, foi realizado um sorteio aleatório (30%, amostra maior que a definida para se ter representatividade no estudo), por meio do qual 72 idosos foram selecionados. Desses, três foram excluídos por não saberem informar a idade e não terem documentos que a identificassem, sendo a amostra final constituída por 69 idosos.

Após explanação sobre o estudo, todos os sujeitos concordaram em participar e oficializaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2005, mediante entrevistas domiciliares utilizando um questionário semi-estruturado e pré-codificado. As variáveis socioeconômicas foram categorizadas como: sexo (feminino/masculino); faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 a 89 anos; 90 anos e mais); estado marital (casado/divorciado/solteiro/viúvo); renda individual [até 1 salário mínimo (SM)/1 a 2 SM/ 2 a 3 SM/ >3SM]; ocupação (aposentado/trabalha/aposentado e trabalha/outros); escolaridade (analfabeto e anos de estudo). Outro grupo reuniu as variáveis da capacidade funcional, a saber: necessita de ajuda para tomar banho? (sim/não/às vezes); necessita de ajuda para se vestir? (sim/não/às vezes); anda sem ajuda? (sim/não/não anda); urina na roupa? (sim/não/às vezes); necessita de ajuda para se alimentar? (sim/não/às vezes). Em outro bloco encontravam-se as variáveis antropométricas: peso (kg); altura (m); circunferência da cintura (cm); circunferência do quadril (cm) e altura do joelho (cm).

Para aferição da circunferência utilizou-se fita métrica inextensiva e inelástica com precisão de 0,1 centímetro.<sup>8,12,13</sup>

A circunferência da cintura foi aferida a 2,5 cm acima da cicatriz umbilical,<sup>11</sup> abaixo das costelas, na linha média axilar, com o sujeito de pé. A circunferência do quadril foi medida na maior proeminência do mesmo, ao nível da crista ilíaca, também de pé.<sup>11</sup> A relação cintura-quadril (RCQ) foi obtida dividindo o perímetro da cintura (cm) pelo perímetro do quadril (cm). Para a RCQ, utilizou-se como ponto de corte o valor  $\geq 0,95$  para homens e  $\geq 0,85$  para mulheres.<sup>1</sup>

Para aferir o peso foi utilizada balança plataforma portátil com capacidade de 150 kg e precisão de 0,1 kg, colocada em piso plano, sem desníveis, sendo o indivíduo pesado vestindo um avental de tecido leve e descalço. A altura (centímetros) foi aferida por meio de um antropômetro vertical milimetrado, com escala de 0,1 cm fixado na parede,<sup>12,14</sup> estando o sujeito de pé, com os calcanhares, quadril, ombros e cabeça encostados na parede, com o olhar para o horizonte. Para os indivíduos com cifose acentuada, a altura foi estimada utilizando-se a medida da altura do joelho.<sup>14,15,16</sup>

Os idosos foram classificados quanto ao estado nutricional de acordo com os pontos de corte de Lipschitz,<sup>8</sup> adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo considerado como baixo peso IMC  $< 22,0$  kg/m<sup>2</sup>; normopeso 22,0 a 27,0 kg/m<sup>2</sup> e sobrepeso  $> 27,0$  kg/m<sup>2</sup>, sendo após realizado teste de associação com as demais variáveis.

Para tabulação e análise dos dados, foi utilizado o aplicativo de informática Epiinfo®, versão 6.04d. Foram realizadas análises descritivas: média, percentual e desvio-padrão, bem como teste de hipótese ( $\chi^2$ ) ao nível de significância de 5% para avaliar a associação entre as variáveis de estudo.

## RESULTADOS

Do total de 69 idosos avaliados, 60,9% (n=42) eram do sexo feminino e 39,1% (n=27) do sexo masculino. A média de idade foi de 71,51 anos, variando entre 60 e 95 anos. Observa-se pela Tabela 1 que, quando separados por sexo, a média da idade para o sexo feminino foi de 70,95 anos e do masculino de 72,37 anos. Nota-se, ainda, que o IMC médio foi maior entre as mulheres (24,95 kg/m<sup>2</sup>) e que a média da RCQ foi de 0,93 para ambos os sexos.

**TABELA 1 – MÉDIA, VARIAÇÃO E DESVIO-PADRÃO (DP) DAS VARIÁVEIS: IDADE, ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) E RELAÇÃO CINTURA QUADRIL (RCQ), SEGUNDO SEXO ENTRE OS IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESF VIVER MELHOR, DIAMANTINA-MG, 2005**

Variáveis	Feminino	Masculino
Idade*	70,95 $\pm$ 8,33 (60 - 94)	72,37 $\pm$ 9,43 (60 - 95)
IMC**	24,95 $\pm$ 4,46 (16,30 - 36,30)	23,00 $\pm$ (18,30 - 28,00)
RCQ***	0,93 $\pm$ 0,08 (0,71 - 1,09)	0,93 $\pm$ 0,07 (0,80 - 1,10)

\* Idade em anos; \*\*IMC em Kg/m<sup>2</sup>; \*\*\*RCQ em cm.

Quanto à classificação do estado nutricional segundo o IMC, observou-se que 33,3% (n=23) dos idosos eram de baixo peso, 40,6% (n=28) normopeso e 26,1% (n=18) sobrepeso. A Tabela 2 apresenta o estado nutricional dos idosos de acordo com o sexo, faixa etária, estado marital, renda, ocupação e escolaridade.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, SEGUNDO SEXO, FAIXA ETÁRIA, ESTADO MARITAL RENDA, ENTRE OS IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESF VIVER MELHOR, DIAMANTINA/MG, 2005**

Variáveis e categorias	Baixo peso		Normopeso		Sobrepeso		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	11	47,8	16	57,1	15	83,3	0,06
Masculino	12	52,2	12	42,9	3	16,7	
<b>Faixa etária</b>							
60-69	10	43,5	14	50	10	55,6	0,49
70-79	07	30,4	12	42,8	05	27,2	
80-89	05	21,7	01	3,6	03	16,7	
90 e +	01	4,4	01	3,6	Ñ	Ñ	
<b>Estado marital</b>							
Casado	11	47,8	16	57,1	09	50,0	0,41
Divorciado	01	4,3	01	3,6	Ñ	Ñ	
Solteiro	07	30,4	03	10,7	02	11,1	
Viúvo	04	17,4	08	28,6	07	38,9	
<b>Renda</b>							
até 1SM*	3	13	7	25	5	27,7	0,39
1,5-2,0 SM	14	60,9	9	32,1	5	27,7	
2,5-3,0 SM	2	8,7	4	14,3	2	11,2	
+ 3,0 SM	4	17,4	8	28,6	6	33,4	
<b>Ocupação</b>							
Aposentado	19	82,6	18	64,3	10	55,6	0,26
Trabalha	01	4,3	04	14,3	01	5,6	
Aposentado e trabalha	Ñ	Ñ	Ñ	Ñ	01	5,6	
Outros	03	13,1	06	21,4	06	33,3	
<b>Escolaridade</b>							
Analfabeto	08	34,8	09	32,1	07	38,9	0,78
Ensino Fundamental	14	60,9	18	64,3	09	50,0	
Ensino Médio	01	4,3	01	3,6	02	11,1	

\*SM = salário mínimo

Entre os indivíduos com baixo peso, 47,8% eram do sexo feminino e 52,2% do masculino. Em relação à idade observou-se que 43,5% pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos. Dos sujeitos com baixo peso, 47,8% eram casados e 60,9% recebiam entre 1,0 a 2,0 salários mínimos, sendo 82,6% aposentados.

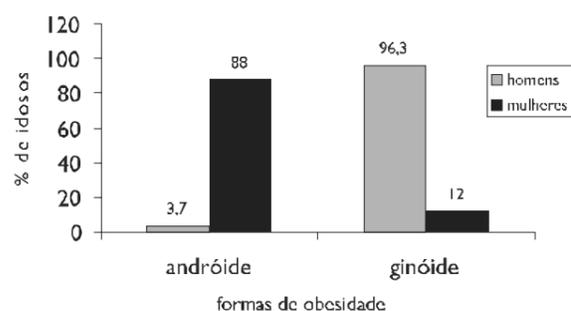
Com relação aos idosos normopeso, 57,1% eram do sexo feminino e 42,9% do masculino. Entre os normopeso 57,15% eram casados. A aposentadoria revelou-se como o principal tipo de renda, perfazendo 64,3%.

Quanto aos idosos com sobrepeso, 83,3% eram do sexo feminino e 16,7% do masculino. Os indivíduos, na sua maioria, tinham entre 60 a 69 anos (55,6%), eram casados (50,0%), semelhantemente às categorias citadas anteriormente. Quanto à renda mensal observou-se que 33,3% dos idosos recebiam mais de três salários mínimos, índice superior ao apresentado entre idosos com baixo peso e normopeso.

Não houve associação entre as variáveis apresentadas e o estado nutricional.

A RCQ revela que entre as 42 mulheres (Gráfico 1) que compuseram o estudo, 88,0% (n=37) apresentaram

a RCQ que se relacionava à obesidade andróide, enquanto entre os 27 homens o percentual foi de 3,7% (n=1).



**GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DAS FORMAS CLÍNICAS DE OBESIDADE, POR SEXO, ENTRE IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESF EM DIAMANTINA/MG, 2005**

Na Tabela 3 são apresentadas as variáveis que compõem a capacidade funcional segundo o estado nutricional.

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESF VIVER MELHOR, SEGUNDO ESTADO NUTRICIONAL, PARA ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (AVD): BANHO, VESTUÁRIO, LOCOMOÇÃO, CONTINÊNCIA E ALIMENTAÇÃO. VALORES ABSOLUTOS E RELATIVOS. DIAMANTINA-MG, 2005**

AVD/Estado nutricional (variáveis e categorias)	Baixo peso		Normopeso		Sobrepeso		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Banho</b>							
Sem assistência	21	91,3	27	96,4	18	100,0	0,38
Com assistência	02	8,7	01	3,6	--	---	
<b>Vestuário</b>							
Sem assistência	20	87,0	27	96,4	17	94,4	0,25
Com assistência	03	13,0	01	3,6	01	5,6	
<b>Locomoção</b>							
Sem assistência	21	91,3	27	96,4	18	100,0	0,38
Com assistência	02	8,7	01	3,6	--	---	
<b>Continência</b>							
Controle esfinteriano	10	43,5	18	64,3	04	22,2	0,02
Acidentes ocasionais	13	56,5	10	35,7	14	77,8	
<b>Alimentação</b>							
Sem assistência	23	100,0	28	100,0	18	100,0	1,00
Com assistência	--	---	--	---	--	---	

Pode-se notar que não houve associação significativa entre o estado nutricional e a necessidade de ajuda para o banho, vestuário, locomoção e alimentação.

Observa-se que, quanto ao banho, nenhum idoso com sobrepeso necessitava de ajuda, enquanto 8,7% (n=02) dos com baixo peso necessitavam.

Quanto à ajuda para vestir-se, o maior percentual foi encontrado entre os indivíduos com baixo peso (13,0%; n=03), seguidos dos com sobrepeso (5,6%; n=1) e dos com normopeso (3,6%; n=1).

Para locomoverem-se, 8,7% (n=02) dos idosos com baixo peso e 3,6% (n=1) com normopeso necessitavam de ajuda.

A capacidade de manter o controle esfinteriano (referente à continência urinária) foi associada ao estado nutricional ( $\chi^2 = 7,91$  e  $p=0,02$ ), com maior prevalência de acidentes ocasionais para os idosos com sobrepeso (77,8%; n=14), seguidos dos com baixo peso (56,5%; n=13) e dos com normopeso (35,7%; n=10).

Nenhum idoso necessitava de ajuda para alimentar-se.

## DISCUSSÃO

A média de idade dos idosos da área coberta pela ESF é semelhante à encontrada para o Brasil. Também foi evidenciado maior percentual de mulheres, como no restante do país.<sup>17</sup>

Pôde-se perceber que a população em estudo, na sua maioria, era composta por idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos, casados, com rendimento mensal variando entre um e meio a dois salários mínimos, advindo da aposentadoria.

Com relação ao estado nutricional, observou-se que mais da metade apresentava alterações em relação ao peso, sendo maior o percentual de idosos com baixo peso, o que contradiz alguns estudos em que o sobrepeso é predominante.<sup>18</sup> Segundo alguns autores,<sup>19</sup> o baixo peso excessivo está mais associado à mortalidade que o sobrepeso nesse grupo. Destaca-se, entretanto, que mais de um quarto dos idosos apresentou sobrepeso, o que é preocupante, uma vez que se sabe que quando comparados aos indivíduos com normopeso, aqueles com sobrepeso possuem maior risco de desenvolver diabetes mellitus (DM),<sup>20</sup> dislipidemia<sup>21</sup> e hipertensão arterial (HAS).<sup>20,22</sup> condições que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV).<sup>21</sup>

Quando separado por sexo, as idosas apresentaram maior índice de sobrepeso, como pode ser confirmado pela literatura.<sup>23, 24</sup>

Neste estudo, o percentual de mulheres com a RCQ acima do ponto de corte foi elevado, sendo a maioria classificada como obesidade do tipo andróide. O achado difere da literatura, uma vez que, consensualmente, a obesidade ginoide é uma característica mais feminina e a andróide, mais masculina.<sup>25,26</sup> Entretanto, há autores<sup>27</sup> que apontam para a limitação do uso desse indicador para idosos, uma vez que não há pontos de corte específicos para esta população e que os utilizados são preconizados para os adultos jovens.

As questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade

de vida.<sup>28</sup> No País, 25,0% dos idosos necessitam de algum tipo de ajuda para realizar as AVDs.<sup>29</sup> Neste estudo, o percentual de idosos com dependência foi inferior ao do País, porém, foi encontrado elevado número de idosos com incontinência urinária, estando esta associada ao estado nutricional.

Esse fato merece atenção, uma vez que a incontinência urinária pode estar associada a infecções do trato urinário, ao diabetes mellitus, às doenças do sistema nervoso central, dentre outras.<sup>30</sup> Destaque-se, ainda, que muitos idosos começam a lidar com problemas de ordem psicossocial (depressão, isolamento social, rejeição da família e perda da confiança, dentre outras) a partir dos episódios ocasionais.

## Conclusão

Neste estudo, observou-se que mais da metade dos idosos tinham algum tipo de problema nutricional e que a maioria era independente. Conclui-se, assim, que para o grupo estudado há necessidade de trabalhar com o monitoramento do peso e a promoção da alimentação saudável com o referido grupo.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil. Departamento da população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2002. 99p.
2. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
3. Chaimowicz F.A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saude Publica 1997; 31(2):184-200.
4. Veras R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. Rev USP 2001; 51:72-85.
5. Camarano A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro; 2002. Mimeografado.
6. Ramos L, Latorre M, Benício M, Rosa T. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Cad Saude Publica 2003; 37(1):40-8.
7. Ribeiro R, Oliveira e Silva AI, Modena CM, Fonseca MC. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. Est Interdisc Envelhec 2002; 4:85-96.
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care 1994; 21(1): 55-67.
9. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AMJ, Carvalho MS. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. Rev Saude Publica 2002; 36(2): 141-8.
10. Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: realidades e indagações. Psicologia USP 2002; 13(1):197-216.
11. Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. In: Carvalho KMB. Obesidade. São Paulo: Manole; 2002. cap. 7, p. 131-43.
12. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. New York: Oxford University Press; 1990. 691p.
13. Organização Mundial de Saúde – OMS. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Ginebra: OMS; 1995.
14. Chumlea W, Roche A, Mukherjee D. Techniques for nutritional anthropometric assessment. Ohio: Wright State University School of Medicine; 1987. 46p.
15. Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 351p.
16. Mcardle WD. Fisiologia. São Paulo: Interamericana; 1985.
17. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e pesquisas informações demográficas e socioeconômica. Departamento de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 2002.
18. Monteiro CA. et al. The nutrition transition in Brazil. Eur J Clin Nutr 1995; 49: 105-13.
19. Tayback M, Kumanyka S, Chee E. Body weight as a risk factor in the elderly. Arch Intern Méd. 1990; 180: 1065-72.

20. Carneiro G, Faria NA, Filho FFFR, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(3): 306-11.
21. Cercato C, Silva S, Sato A, Mancini M, Halpern A. Risco cardiovascular em uma população de obesos. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2000; 44(1): 45-8.
22. Lerario DDG, Franco LJ, Lunes M, Gimeno SG, Ferreira SRG. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(1): 4-1
23. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001 out.; 45 (5): 494-501.
24. Ortega RM, Andres P. Is obesity worth treating in the elderly? *Drugs Aging.* 1998; 12: 97-101.
25. Martins IS, Marinho SP. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Rev Saúde Pública* 2003 dez.; 37 (6): 760-7.
26. Mancini MC. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2001 dez.; 45 (6): 584-608.
27. Samapio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Rev Nutr* 2004 out./dez.; 17 (4): 507-14.
28. Chaimowicz FA. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31 (2): 184-200.
29. Brasil. Plano Nacional de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 13 dez. 2004. Portaria 2.60710/12/2004. [Citado em: 20/08/06]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf>
30. Rodrigues RAP, Mendes MMR. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Rev Latinoam Enferm.* 1994 jul.; 2 (2): 5-20.

Data de submissão: 11/04/06  
Data de aprovação: 16/10/07

## PERFIL VACINAL REFERIDO PELOS GRADUANDOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS\*

VACCINATION PROFILE OF STUDENTS GRADUATING FROM HEALTHCARE COURSES IN THE STATE OF GOIÁS, BRAZIL

PERFIL DE VACUNACIÓN DE ALUMNOS DE CURSOS EN EL ÁREA DE SALUD EN EL ESTADO DE GOIÁS

Silvana de Lima Vieira dos Santos<sup>1</sup>  
Adenícia Custódia Silva e Souza<sup>2</sup>  
Anaclara Ferreira Veiga Tipple<sup>3</sup>  
Sheila de Araújo Teles<sup>3</sup>

### RESUMO

Neste estudo, realizado com alunos do último ano dos cursos de graduação da área de saúde no Estado de Goiás, nosso objetivo foi identificar o perfil vacinal em relação às vacinas preconizadas para os profissionais da área da saúde desse Estado. Os dados foram obtidos por meio de questionário, observando os aspectos ético-legais e analisados por meio de estatística descritiva. Embora a vacinação seja a medida mais eficaz na prevenção de doenças infecto-contagiosas, é baixa a adesão dos graduandos, pois, para as vacinas pesquisadas, os percentis alcançados não foram satisfatórios. Dos acadêmicos não imunizados, a maioria aderiu à vacina anti-hepatite B, oferecida durante a coleta. Consideramos necessário e urgente um trabalho nas instituições de ensino superior, no sentido de construir um novo perfil dos futuros profissionais, no que se refere à imunização, para prevenção e controle de doenças.

**Palavras-chave:** Exposição Ocupacional; Saúde do trabalhador; Imunização

### ABSTRACT

This study sought to identify the vaccination profile of students graduating in healthcare courses in the state of Goiás, Brazil, comparing this to the vaccines recommended for healthcare workers. Students were from the final year of the course. Data was obtained through a baseline questionnaire, observing ethical and legal aspects, and assessed through descriptive statistics. Even though vaccination is the most effective measure to prevent infectious contagious diseases, compliance by last year students is low: the percentage was not satisfactory. Among the students who had not been immunized, most had taken the anti-hepatitis B vaccine provided during the collection. We consider it to be necessary and urgent to work with higher education institutions, in order to change the immunization situation in order to prevent and control of diseases.

**Key words:** Occupational Exposure; Occupational Health; Immunization

### RESUMEN

El presente estudio, realizado con alumnos del último año de los cursos de graduación del área de salud del Estado de Goiás, tuvo como finalidad identificar el perfil de vacunación en cuanto a las vacunas recomendadas para dichos profesionales en este estado. Los datos se obtuvieron por medio de un cuestionario, destacando los aspectos ético-legales, y se analizaron a través de estadística descriptiva. La vacunación sigue siendo la medida más eficaz para prevenir las enfermedades infecto-contagiosas; sin embargo, la adhesión de los alumnos es baja: en las vacunas investigadas los porcentajes alcanzados no fueron satisfactorios. Entre los académicos no inmunizados, la mayoría adhirió a la vacuna anti-hepatitis B, ofrecida durante la recogida de datos. Consideramos que es necesario y urgente que las instituciones de enseñanza superior se esmeren para construir un nuevo perfil de los futuros profesionales en lo referente a inmunización, para poder prevenir y controlar enfermedades.

**Palabras clave:** Exposición Profesional; Salud Laboral; Inmunización

\*Trabalho extraído da dissertação de mestrado – Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).  
<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – Campus Goiânia-GO.  
<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UFG.  
Endereço para correspondência: Rua Rui Barbosa nº 1111, Centro, Inhumas-GO – CEP: 75400-00.  
E-mail: silvanalvs@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

As medidas de prevenção para evitar e/ou minimizar os riscos da transmissão de patógenos aos seres humanos foram criadas e reformuladas ao longo dos anos. As mudanças realizadas durante o período de 1970 a 1996 basearam-se no pressuposto de que não é possível obter todos os dados clínicos necessários para o diagnóstico de doenças em uma única abordagem, somado à ocorrência de portadores assintomáticos. Assim, em 1996, os Centers for Disease Control and Prevention (CDCs) revisaram as normas existentes e instituíram novas medidas de prevenção e controle de infecção, denominadas precauções padrão, utilizadas na atualidade.<sup>1</sup>

As precauções-padrão constituem um conjunto de medidas indicadas para o atendimento a todo e qualquer paciente, independentemente do seu diagnóstico e/ou no manuseio de equipamentos ou artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. Devem ser adotadas no manuseio de sangue, fluidos corporais, secreções, excreções (exceto o suor), pele não íntegra e mucosas. Compreendem: higienização das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual, processamento de artigos e superfícies, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e descarte de perfurocortantes.<sup>1-2</sup>

Todas essas medidas são de suma importância para os profissionais da área de saúde (PASs) e a adesão dos profissionais é necessária para reduzir e/ou minimizar a aquisição de doenças no ambiente de trabalho.

A imunização dos PASs, embora de extrema relevância para a proteção profissional, não está inserida na publicação oficial das precauções-padrão<sup>1</sup>, entretanto é consenso a sua importância e, por a considerarmos imprescindível para a saúde ocupacional, foi objeto de estudo.

Assegurar que os profissionais da área de saúde estejam imunes a doenças imunopreveníveis é fundamental para o sucesso de programas de saúde ocupacional.<sup>3</sup>

Neste estudo, demos enfoque especial à imunização, por ser à medida que confere maior segurança ao PAS na prevenção de doenças e por percebermos a falta de informação relacionada ao perfil vacinal de estudantes de graduação em cursos da área de saúde no Estado. Pouca atenção tem sido dispensada ao educando no que se refere à imunoprevenção, considerando que estão expostos ao risco ocupacional com material biológico durante a formação dele.

A imunização proporciona ao indivíduo proteção contra doenças imunopreveníveis. Os benefícios da imunização incluem a proteção individual, a interrupção da disseminação de doenças infecciosas e de alguns surtos intra-hospitalares, além da proteção indireta de pessoas não vacinadas da comunidade para algumas doenças. Adicionalmente, há redução de perdas com dias parados e vários outros custos relacionados ao diagnóstico tratamento e controle de infecção.<sup>4</sup>

Os CDCs preconizam para os trabalhadores da área de saúde as vacinas: anti-hepatite B, anti-sarampo, anticaxumba, anti-rubéola, antivaricela, antitetânica, antidiftérica, anti-Influenza e a BCG.<sup>5</sup>

No Brasil, o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi instituído em 1973. Em 1975 foi instituída a Lei nº 6 259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto nº 78

231, de 12/8/1976, que institucionalizou o PNI e definiu competências válidas até o momento.<sup>6-7</sup>

Os objetivos do PNI, atualmente, são de contribuir para a manutenção do estado de eliminação da poliomielite e para o controle ou erradicação do sarampo, da difteria, do tétano neonatal, da coqueluche, das formas graves da tuberculose, da rubéola, caxumba, da hepatite B, da febre amarela, da raiva e das doenças invasivas causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo B.<sup>8</sup>

Em relação à imunização do PAS, no Brasil, existem várias recomendações. Segundo o Ministério da Saúde, existe indicação para imunização de profissionais da área de saúde, em situações especiais, que devem buscar os Centros de Referência em Imunobiológicos especiais, os quais disponibilizam as vacinas anti-hepatite B, antivaricela e anti-Influenza.<sup>9</sup>

Já a Norma Regulamentadora (NR) nº 32, de 16/11/05, que trata da segurança e da saúde no trabalhador em serviços de saúde, pontua que deve ser fornecido, gratuitamente, a todos os trabalhadores dos serviços de saúde o programa de imunização ativo contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.<sup>10</sup>

No entanto, o calendário de vacinação de adultos do Ministério da Saúde não destina um calendário específico para o PAS, dando a idéia de que estão incluídos entre os adultos de modo geral, sendo oferecidas as vacinas contra febre amarela, tétano, difteria, sarampo, caxumba e rubéola, não estando incluída a de hepatite B.<sup>11</sup>

Entretanto, a Sociedade Brasileira de Imunizações recomenda para o PAS as vacinas dupla adulto, anti-hepatite A e B; antivaricela, anti-Influenza e antimeningocócica C conjugada.<sup>12</sup>

No Estado de Goiás, a Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH-GO), considerando as recomendações dos CDCs e a epidemiologia local, preconiza para o PAS as seguintes vacinas: anti-hepatite A e B; a BCG, para tuberculose, anti-diftérica e tétano (dupla adulto), anticaxumba, anti-Influenza (gripe), anti-antimeningocócica (por estarmos em área endêmica); anti-sarampo e anti-rubéola.<sup>10</sup> Dentre estas estão disponíveis, gratuitamente, as vacinas anti-hepatite B, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), dupla adulto, anti-antimeningocócica e BCG, em caso de trabalhadores que tenham contato com pacientes portadores de tuberculose e aids, e que apresentem PPD negativo ou reator fraco.

O Ministério da Saúde recomenda a imunização contra a tuberculose (TB) a todos os profissionais da área de saúde que sejam negativos à prova tuberculínica (PT)<sup>14</sup>, uma reação celular desenvolvida após inoculação intradérmica de um derivado protéico de *Mycobacterium tuberculosis*<sup>15</sup>, por estarem expostos a pacientes infectados por tuberculose. São utilizados como parâmetros resultados de *purified protein derivative* (PPD) não reatores (PPD com nódulo menor que 5 mm) e os reatores fracos (PPD entre 5 e 9 mm). A proteção conferida pela vacina se mantém por cerca de 10 a 15 anos.<sup>14</sup>

Entretanto, de acordo com o Segundo Consenso Brasileiro de Tuberculose de 2004, não existe justificativa científica para a recomendação da vacina BCG para

adultos, profissionais da área de saúde<sup>16</sup>, o que gera controvérsias se levarmos em consideração a situação epidemiológica do Brasil.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi identificar o perfil vacinal referido pelos graduandos dos cursos da área de saúde que prestam assistência a seres humanos, no Estado de Goiás, em relação às vacinas preconizadas para os profissionais da área da saúde desse Estado.

### METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizado no período de abril a junho de 2005, sobre a situação vacinal referida pelos graduandos dos cursos da área de saúde, os quais atendem seres humanos no Estado de Goiás.

A população e a amostra foram constituídas por graduandos do último ano/semestre. Foram eleitos alunos da última fase da graduação por considerar que já cursaram a maior parte das disciplinas, fizeram ou estão fazendo atividades práticas em estabelecimentos da área de saúde e, portanto, têm maior conhecimento sobre medidas de proteção profissional referentes aos riscos com material biológico e de exposição ocupacional a material biológico humano.

Os cursos elegíveis foram aqueles cujas atividades práticas dos alunos estavam relacionadas ao atendimento ao ser humano em estabelecimentos hospitalares públicos e privados, clínicas escola e unidades de atenção básica.

Na identificação dos cursos da área de saúde, credenciados/autorizados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) no Estado de Goiás, obtivemos 31 cursos em funcionamento, compostos pelas seguintes graduações: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Terapia Ocupacional. Foram sujeitos do estudo alunos desses cursos e que consentiram livremente em participar da pesquisa. Excluímos os cursos que receberam autorização de funcionamento recentemente e não tinham alunos no último ano e aqueles cujos diretores não consentiram que participassem. Foram excluídos, também, os alunos afastados de suas atividades acadêmicas por qualquer motivo no momento da coleta dos dados e os que não consentiram em participar. Foram elegíveis e participaram do estudo 19 cursos, que tinham alunos no último ano/semestre, o que correspondeu a 1134 estudantes do último ano dos cursos da área de saúde, no Estado, matriculados em 2005. Destacamos que todas as IESs concordaram em participar da pesquisa.

Realizamos o teste piloto e, com auxílio do software Epi-Info, versão 2004, calculamos um  $n=651$ , o que corresponde a 54,0% da população, com intervalo de confiabilidade de 95%.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, Protocolo nº 017/2005, tendo sido aprovado em abril de 2005. Os dados foram coletados mediante aquiescência das instituições de Ensino Superior e dos sujeitos, aos quais foram garantidos o sigilo e o anonimato, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram obtidos por meio de questionário (anexo), que foi validado por três juízes. A aplicação do instrumento foi em sala de aula, mediante agendamento

prévio com os professores e após a leitura e a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. A vacina anti-hepatite B foi oferecida aos acadêmicos não vacinados no momento da coleta dos dados. O banco de dados foi estruturado e processado no programa Epi-Info, versão 2004<sup>17</sup> e os dados foram apresentados em tabelas e analisados por meio de estatística descritiva.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### Características dos graduandos

Participaram do estudo 777 acadêmicos de cursos da área de saúde, o que corresponde a 68,5% dos graduandos matriculados no último ano/período dos cursos em 2005, superando, assim, o quantitativo inicialmente esperado, que era de 651 (54,0%) estudantes.

Quanto à distribuição de graduandos participantes do estudo de acordo com o curso, observa-se que a categoria com maior representatividade é a de Enfermagem com 182 (23,4%) dos sujeitos, seguida pela de Farmácia com 172 (22,1%) e a de Odontologia, com 107 (13,8%). Esse fato se deve ao maior número de cursos de Enfermagem, em relação aos demais, pois no Estado de Goiás existem dez cursos de Enfermagem e, dentre eles, cinco foram eleitos e participaram do estudo, permanecendo com maior frequência em relação aos outros cursos.

A idade dos acadêmicos variou de 20 a 55 anos de idade, com média de 34,7 anos, e a moda de 23 anos. A faixa etária com maior predominância é de 20 a 30 anos com 650 (83,6%) dos sujeitos, o que demonstra uma população jovem, em sua maioria, frequentando os cursos superiores na área de saúde.

Ao estratificarmos a idade por sexo, verificamos que o sexo feminino predomina entre 20 e 30 anos e permanece em maior evidência em relação ao total de graduandos com 573 (73,8%) dos sujeitos.

Ao distribuímos os graduandos por sexo de acordo com o curso, evidenciamos que o sexo feminino predominou em todos os cursos, sendo mais relevante nos de Enfermagem – 145 (79,6%) – e Farmácia – 113 (65,6%).

#### Situação vacinal dos graduandos

A vacinação é a medida mais eficaz e duradoura na prevenção de doenças como hepatite A, hepatite B, tuberculose, sarampo, caxumba, rubéola, difteria, tétano, gripe, dentre outras.

A imunidade significa proteção; todos os seres humanos normais são dotados de mecanismos anti-infecciosos inespecíficos, que os protegem parcialmente contra as infecções e doenças. A imunidade específica adquirida ativamente exige estímulo prévio para se desenvolver, podendo resultar de infecção subclínica ou de doença de que o indivíduo se curou, ou de estímulos provocados por antígenos específicos (substâncias próprias dos agentes infecciosos), que o organismo acometido reconhece como substâncias estranhas. A resposta imune-específica provocada por antígenos tem geralmente como resultado a proteção duradoura contra o agente ou a substância em que estão presentes os antígenos pelos quais o organismo foi estimulado anteriormente.<sup>8</sup>

O processo imunológico pelo qual se desenvolve a proteção conferida pelas vacinas compreende o conjunto de mecanismos por meio dos quais o organismo humano reconhece uma substância como estranha para, em seguida, metabolizá-la, neutralizá-la e/ou eliminá-la.<sup>8</sup> Portanto, é de suma importância para os profissionais da área da saúde a adesão a tal medida preventiva, uma vez que lidam diária e diretamente com indivíduos portadores de diversas doenças infecto-contagiosas.

Em 2004, o Ministério da Saúde, dando continuidade às ações do PNI, tornou obrigatória a vacinação contra essas doenças para todos os ingressos em escolas, desde creches a universidades.<sup>18</sup>

Em 2006, a Portaria Ministerial nº 1 602, de 17 de julho, revogou a Portaria nº 597, de 8 de abril de 2004, e retirou a obrigatoriedade da imunização como requisito para os escolares, crianças em creches e universitários ao se matricularem nas respectivas instituições.<sup>11</sup> Acreditamos não ter sido uma mudança benéfica, já que o PNI busca o controle, a eliminação e a erradicação de doenças e o período de vigência da Portaria nº 597/2004 foi curto para a avaliação do seu impacto.

Ao questionarmos os graduandos sobre as vacinas recebidas após o início do curso (Tabela 1), identificamos que, para as vacinas preconizadas pela Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH/GO)<sup>13</sup>, para os profissionais da saúde, a anti-hepatite B foi referida por 660 (84,9%); a difteria e tétano, por 364 (46,8%); a anti-tuberculose, por 201 (25,8%) dos graduandos; a anti-rubéola, por 153 (19,6%); a anti-sarampo, por 50 (6,4%); a anti-caxumba, por 47 (6,0%); anti-Influenza, por 40 (5,1%), a BCG, por 36 (4,6%); e a anti-hepatite A, incluída entre as outras vacinas, por 19 (2,4%).

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA E PORCENTAGEM DE GRADUANDOS DOS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE SEGUNDO AS VACINAS RECEBIDAS DURANTE A GRADUAÇÃO. GOIÁS – 2005**

VACINAS	Frequência	%
Anti-hepatite B	660	84,9
Antidifteria e tétano	364	46,8
Antituberculose	201	25,8
Anti-rubéola	153	19,6
Anti-hepatite*	98	12,6
Nenhuma	69	8,8
Anti-sarampo	50	6,4
Anticaxumba	47	6,0
Anti-Influenza	40	5,1
Contra tuberculose (BCG)	36	4,6
Antidifteria, tétano e coqueluche	23	2,9
Outras	19	2,4
Não se lembra	8	1,0

\* Não especificaram qual o tipo

Embora a vacinação contra a hepatite B tenha apresentado uma porcentagem alta entre os graduandos, ainda não representa o ideal esperado, se considerarmos que os riscos para o PAS em adquirir a hepatite B é grande, em decorrência de suas atividades cotidianas, que o expõe frequentemente a sangue e outros fluidos corpóreos, e por ter sido ampliada a oferta da vacina contra hepatite B aos estudantes de Medicina, Odontologia e Enfermagem desde 1994.<sup>19</sup>

Estudo mostra que o risco de adquirir o vírus da hepatite B após exposição a sangue é de 6% a 30%.<sup>20</sup> Considerando que a vacina contra a hepatite B apresenta alta eficácia (95%), a imunização desses profissionais conferirá segurança e eliminará a possibilidade de alto risco.<sup>8</sup>

Dos graduandos que referiram ter se vacinado contra a hepatite B, 465 (59,8%) afirmaram ter recebido as três doses (Tabela 2), o que caracteriza ter realizado o esquema completo. Verificamos, ainda, que 92 (12,2%) dos estudantes não haviam recebido nenhuma dose, estando, portanto, em situação de risco, já que estão em contato com sangue humano e/ou fluidos corpóreos no seu dia-a-dia. Dentre os 92 estudantes que não haviam recebido nenhuma dose, 64 (69,5%) aderiram à vacina contra hepatite B, oferecida no momento da coleta dos dados. Vale ressaltar que a vacina contra a hepatite B encontra-se instituída pelo PNI, para menores de 20 anos, desde 2002.<sup>19</sup> Isso demonstra que, apesar de estar disponibilizada há alguns anos, não tem tido adesão de maneira satisfatória.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA E PORCENTAGEM DE GRADUANDOS DOS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE SEGUNDO O NÚMERO DE DOSES RECEBIDAS DA VACINA ANTI-HEPATITE B. GOIÁS, 2005**

NÚMERO DE DOSES	Frequência	Porcentagem
Três doses	465	59,8%
Esquema incompleto	136	17,5%
Nenhuma	92	12,0%
Esquema em andamento	59	7,5%
Não responderam	25	3,2%
Total	777	100,0%

Estudiosos verificaram que 280 (32,4%) dos estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia da UFPE não haviam sido vacinados contra a hepatite B e apenas 238 (27,6%) receberam as três doses<sup>21</sup>, confirmando a baixa adesão dos acadêmicos da área de saúde à imunização contra uma das doenças de maior importância, por ser veiculada pelo sangue.

Quanto às vacinas recebidas durante a graduação de acordo com os cursos, apreendemos que, em relação à anti-hepatite B, o curso de Enfermagem com 90 (23,3%) e Medicina 69 (18,0%) sobressaíram. Percebe-se, ainda, que os graduandos dos cursos de Enfermagem apresentam melhores coberturas vacinais em detrimento dos demais, o que nos leva a acreditar que estes tenham gerenciado e trabalhado melhor as questões do controle de doenças infecciosas, especificamente a imunização.

Em um estudo sobre o perfil vacinal de trabalhadores da área de saúde, realizado em hospitais públicos e privados na Austrália, verificou-se que, para as vacinas contra-hepatite B, 28,0% não haviam recebido as três doses, menos de 30,0% receberam a tríplice viral e dois terços dos hospitais pesquisados ofereciam a vacina contra Influenza, anualmente.<sup>22</sup>

Em pesquisa realizada em unidades de hemoterapia na cidade de Goiânia-GO, evidenciou-se que 79,3% dos trabalhadores tinham esquema de vacinas completo para a hepatite B e 2,3% não haviam recebido nenhuma dose.<sup>23</sup>

Eleutério et al.,<sup>24</sup> em estudo para identificar a prevalência e os fatores associados à vacinação contra hepatite B entre dentistas, verificaram que houve maior prevalência de vacinação entre as coortes profissionais mais jovens, com menos tempo de formadas, denotando o impacto da incorporação das questões referentes à biossegurança no currículo dos cursos de graduação, a partir da década de 1990.

Em relação às vacinas contra sarampo, caxumba, rubéola (Tabela 1), a baixa adesão para a vacina tríplice viral (SRC) traz surpresa, pois em Goiás a implantação das vacinas tríplice/dupla viral ocorreu a partir de 1999 e 2001, respectivamente.<sup>19</sup>

Destacamos que a baixa adesão dos graduandos à vacina contra rubéola (Tabela 1) – apenas 19,6% deles foram vacinados – é preocupante, se levarmos em consideração que grande parte dos estudantes é do sexo feminino (73,8%) e o número de graduandos é maior em idade reprodutiva – 20 a 30 anos (83,6%). É também contraditório se considerarmos que em 2001 houve intensa campanha pública em Goiás para vacinação de mulheres na faixa etária entre 12 e 29 anos, a qual alcançou uma cobertura vacinal de 97,26%.<sup>25</sup>

Pesquisa realizada para identificar o nível sérico de anticorpos da classe IgG anti-rubéola, entre estudantes universitários, em São Paulo, demonstrou que 24,0% dos pesquisados não estavam protegidos, e destes 38,5% pertenciam ao sexo feminino. Isso demonstra que não somente em Goiás, mas também em outra região do País, especificamente São Paulo, é baixa a adesão à vacina contra rubéola<sup>26</sup>, o que faz com que repensemos nossa prática em relação à divulgação e à orientação dos graduandos quanto à imunização, pois, mesmo após campanha vacinal e disponibilização desta vacina na rede básica, a adesão é baixa.

Vale destacar os benefícios da vacina anti-rubéola para as mulheres quanto à proteção ao feto, numa possível gravidez dessas profissionais e também o risco comunitário, pois se adquirirem a doença, tornam-se veículo de contaminação para seus clientes.

Quanto à Influenza (Tabela 1), destacamos que somente 5,1% dos graduandos receberam a vacina, sinalizando para a importância da fundamentação do ensino quanto ao controle de infecção e, principalmente, a imunização do PAS.

Pesquisadores verificaram que 28,0% dos trabalhadores do serviço nacional de saúde do Reino Unido haviam aceitado a vacina contra Influenza, após divulgação na instituição onde trabalhavam por meio de cartazes, e os

fatores que influenciaram a não-adesão foram a baixa percepção do risco e o desenvolvimento da doença após a imunização.<sup>27</sup>

Apenas 4,6% dos graduandos (Tabela 1) receberam a vacina BCG. Por se tratar de imunização recebida durante a infância, pode ter ocorrido um viés de memória, pois acreditamos que esses graduandos foram vacinados, embora não tenham observado a presença da cicatriz vacinal. Ressaltamos que, mesmo que existam controvérsias quanto à imunização contra a tuberculose para o PAS, acreditamos ser necessária a vacinação ao considerarmos o perfil epidemiológico de nosso país, além de ser uma recomendação da Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar de Goiás.<sup>13</sup>

A cobertura vacinal contra a febre amarela (Tabela 1) foi de 25,8% entre os graduandos, não sendo diferente das demais vacinas, nas quais também houve baixa adesão. Os graduandos dos cursos de Enfermagem com 55(27,3%) e Farmácia com 47(23,3%) foram os que mais se imunizaram contra a febre amarela. O Estado de Goiás apresenta uma cobertura vacinal por doses acumuladas nos últimos dez anos, para a faixa etária entre 15 e 59 anos, de 104,6%<sup>28</sup>, demonstrando que, de modo geral, a cobertura é satisfatória, não repercutindo da mesma maneira no perfil referido pelos graduandos.

Destacamos que, especialmente por estarmos em uma área endêmica e, principalmente, por se tratar de futuros profissionais de saúde, deveríamos encontrar maior adesão.

Oliveira et al.<sup>30</sup> identificaram, em estudo sobre casos confirmados de febre amarela silvestre no Brasil em 2004, que a taxa de letalidade foi de 60,0%.<sup>29</sup> Tratando-se do Brasil, a letalidade é muito alta, e se voltarmos para Goiás, que até 2000 apresentava uma letalidade de 44,4%, os goianos se encontram em situação de risco. Isso, por si, independentemente de serem da área de saúde, já deveria contribuir para aumentar a adesão dos profissionais a essa vacina.

A vacina contra a hepatite A é útil para trabalhadores que atuam em áreas onde o vírus tem alta endemicidade, que tenha grande parte da população de baixo nível socioeconômico e precárias condições sanitárias.<sup>31</sup>

Lieber et al.<sup>32</sup> em estudo realizado em São Paulo para estimar a prevalência de anticorpos contra o vírus da hepatite A entre universitários, revelaram que 20,0% da população estudada não apresentava imunidade contra esse vírus, concluindo ser necessário campanhas de esclarecimentos sobre os modos de transmissão e prevenção da doença.

A vacina contra a hepatite A também é recomendada pela CECIH-GO ao PAS em condições em que não se conhece o status imunológico. Entretanto, essa vacina não está disponibilizada gratuitamente na rede de imunobiológicos em Goiás<sup>13</sup>, o que, talvez, justifique o baixo número de estudantes que se vacinaram, não sendo representativo neste estudo, pois está incluída entre as outras vacinas (Tabela 1).

## CONCLUSÃO

Embora a vacinação seja a medida mais eficaz e duradoura na prevenção de doenças infecto-contagiosas, percebe-se que há baixa adesão dos graduandos à

imunização, pois para as vacinas pesquisadas os percentis alcançados não foram satisfatórios.

A maioria dos graduandos afirmou ter recebido o esquema completo (três doses de vacina anti-hepatite B). Entre os que não haviam recebido nenhuma dose, a maioria aderiu à vacina oferecida no momento da coleta dos dados.

Os graduandos dos cursos de Enfermagem e Medicina apresentaram maiores coberturas vacinais em relação à vacina anti-hepatite B.

Os graduandos dos cursos de Fonoaudiologia e Farmácia apresentaram menores coberturas para vacina anti-hepatite B.

Para as demais vacinas – antitetânica, anti-tétano, anti-sarampo, anti-rubeóla, anti-Influenza, anti-hepatite A e BCG –, pequena parte dos graduandos havia se vacinado.

Considerando o momento em que o Estado de Goiás se encontra, de planejamento de políticas voltadas para a prevenção e o controle de doenças infecto-contagiosas adquiridas ocupacionalmente, cremos ser a oportunidade ideal para se firmar o protocolo estabelecido pela Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH/GO) nas instituições de ensino superior, o que, conseqüentemente, levará a um novo perfil dos futuros profissionais no que se refere ao controle de doenças infecto-contagiosas, mais especificamente a imunização. É necessário, também, que as IESs observem o exposto na NR 32 do Ministério do Trabalho, que trata da segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.<sup>10</sup>

#### REFERÊNCIAS

1. Garner JS. Guideline for isolations in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996 Jan.; 13(5): 257-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatite B e C. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Citado em 11 nov. 2004]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>
3. Melo DS. Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde [dissertação]. Goiânia (GO): Faculdade de Enfermagem/UFG; 2005.
4. Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
5. Centers for Disease Control. Immunization of health-care workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HIPAC). *MMWR.* 1997; 46 (RR-18): 1-42.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e da outras providências. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Informações. 1975. [Citado em 11 nov. 2004]. Disponível em: <http://portal.saude.gov/saudelegis/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº. 78231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº. 6259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1976. [Citado em 11 nov. 2004]. Disponível em: <http://portal.saude.gov/saudelegis/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. [Citado em 22 set. 2007]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/>
10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº. 485, de 11 de novembro de 2005. NR 32 – Dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério do Trabalho; 2005. [citado em 23 set. 2007]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1602, de 17 de julho de 2006. Institui em todo território nacional os calendários de imunização de crianças, adolescentes, adulto e idosos, visando o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis por intermédio do Programa Nacional de Imunizações, vinculado ao departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Subsecretaria de Informações. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [Citado em 22 set. 2007]. Disponível em: <http://portal.saude.gov/saudelegis/>
12. Sociedade Brasileira de Imunização (SBIM) Calendário de vacinação ocupacional 2007. [Citado em 22 set. 2007]. Disponível em: <http://www.svim.org.br>
13. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. Programa de prevenção e assistência ao acidente profissional com material biológico. Goiânia (GO): Secretaria de Estado da Saúde; 2003.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose – guia de vigilância epidemiológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
15. Centers for Disease Control. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care facilities. *MMWR.* 1994; 43 (RR-13): 1-132.
16. Castelo Filho A, Kritski AL, Barreto AW, Lemos, ACM, Netto AR, Guimarães CA, et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculoses. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. *J Bras Pneumol.* 2004 jun.; 30 (supl. 1): 43.
17. Centers for Disease Control Epi-info program [computer program] version 3.3. Atlanta (EUA); 2004. [Citado em 10 nov. 2004]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário de vacinação do adulto e idoso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [Citado em 11 nov. 2004]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs/>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. Série C. Projetos e programas e relatórios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
20. Centers for Disease Control. Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR.* 2001; 50 (RR-11): 1-42.
21. Carvalho TFA, Montenegro ACP, Luna GC, Maia LGS, Perez EP, Oliveira MM, et al. Hepatite B: perfil de proteção em estudantes dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem da UFPE. *Rev IMIP.* 1998 dez.; 12(2): 30-3.
22. Brotherton JM, Bartlett MJ, Muscatello DJ, Campbell-Lloyd S, Stewart K, McAnulty JM. Do we practice what we preach? Health care worker screening and vaccination. *Am J Infect Control.* 2003 maio; 31(3): 144-50.
23. Prado MA, Melo DS, Santos SLV, Machado KM, Gir E, Canini SRMS, et al. Resíduos sólidos potencialmente infectantes em serviços de hemoterapia e as interfaces com as doenças infecciosas. *Rev Bras Enferm.* 2004 dez.; 57(6): 706-11.
24. Eleutério AM, Martins BL, Barreto SM. Vacinação contra a hepatite B entre cirurgiões dentistas. *Rev Saúde Pública* 2003 jun.; 37(3): 333-8.
25. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. Programa de Imunização. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2007.
26. Lieber SR, Persoli LBL, Aoki RI, Sasso IC, Santomauro AC. Nível sérico de anticorpos da classe IgG anti-rubéola entre alunos universitários da cidade de São Paulo, Brasil, 2002. *Braz J Infect Dis.* 2003 Aug.; 7 (Suppl. 1): 163.
27. Qureshi AM, Hughes NJ, Murphy E, Primrose WR. Factors influencing uptake of influenza vaccination among hospital-based health care workers. *Occup Med* 2004 mai; 54(3): 197-201.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. [Citado em 27 set. 2007]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br>
29. Oliveira WK, Costa ZGA, Oliveira RC, Araújo GCB, Carmo EH. Febre amarela silvestre no Brasil em 2004: descrição dos casos confirmados e discussão dos aspectos epidemiológicos. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005; 38 (Suppl 1): 287.
30. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. Diagnóstico situacional da febre amarela no estado de Goiás. Goiânia (GO): Secretaria de Estado da Saúde; 2004.
31. Smith S, Weber S, Wiblin T, Netleman M. Cost-effectiveness of hepatitis A vaccination in healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1997 Oct.; 18(10): 688-91.
32. Lieber SR, Aoki RI, Persoli LBL, Sasso IC, Santomauro AC. Anticorpos da classe IgG contra o vírus da hepatite A entre jovens universitários da cidade de São Paulo, Brasil. *Braz J Infect Dis.* 2003; 7 (Suppl 1): 85.

## ANEXO – Questionário

### PERFIL VACINAL DOS GRADUANDOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

#### 1. Identificação

Data: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_  
Período/ano: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Renda familiar: \_\_\_\_\_ salários mínimos

2. Você já se acidentou com material biológico? Sim ( ) Não ( )

Tipo de acidente:

Perfurocortante? Sim ( ) Não ( )

Contato com sangue e/ou fluidos corpóreos? Sim ( ) Não ( )

**Se afirmativo:** Fez notificação? Sim ( ) Não ( )

3. Você foi imunizado na infância? Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar ( )

**Caso afirmativo:** Para quais vacinas?

- ( ) Não se lembra ( ) DTP (Difteria, Tétano e Coqueluxe)  
( ) Contra febre amarela ( ) BCG  
( ) antipoliomielite ( ) Outras, especifique \_\_\_\_\_

4. Você foi orientado (a) a se imunizar durante a graduação? Sim ( ) Não ( )

**Se afirmativo:**

Para quais vacinas? \_\_\_\_\_

Como obteve essa orientação?

- ( ) Com colegas de turma ( ) Com a direção da Faculdade  
( ) Em eventos extracurriculares ( ) Em campanha vacinal durante a graduação  
( ) Em disciplina formal da graduação. Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

5. Quais são as vacinas que você recebeu após o início do seu curso? \_\_\_\_\_

6. Quais são as vacinas recomendadas para os profissionais da área de saúde?

- ( ) Anti-hepatite A ( ) Anticaxumba ( ) Antipoliomielite  
( ) Contra gripe ( ) Anti-hepatite B ( ) BCG  
( ) Antidiftérica e tétano (dT) ( ) Contra febre amarela  
( ) Anti-sarampo ( ) anti-rubéola ( ) Outras. Especifique \_\_\_\_\_

7. Em relação à vacina anti-hepatite B, que número de doses você recebeu?

- ( ) Nenhuma  
( ) Uma dose  
( ) Uma dose e esquema em andamento  
( ) Duas doses e esquema em andamento  
( ) Duas doses  
( ) Três doses

8. Após esquema vacinal contra hepatite B, você realizou exame (Anti-HBs) para conhecer sua resposta vacinal?

Sim ( ) Não ( )

**Caso afirmativo:** ( ) Responder ( ) Não responder ( ) Não sei

9. Como tomou conhecimento da necessidade de realizar exame para verificar a resposta vacinal à vacina contra hepatite B?

- ( ) Com colegas de turma ( ) Direção da Faculdade  
( ) Em eventos extracurriculares ( ) Campanha vacinal durante a graduação  
( ) Em disciplina formal da graduação. Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Data de submissão: 13/06/07  
Data de aprovação: 21/12/2007

# SÍFILIS CONGÊNITA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UM MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

CONGENITAL SYPHILIS: EPIDEMIOLOGY OF A CITY IN THE STATE OF ESPÍRITO SANTO, BRAZIL

SÍFILIS CONGÉNITA: RASGO EPIDEMIOLÓGICO DE UN MUNICIPIO DE ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Cândida Caniçali Primo<sup>1</sup>  
Brena Maria Silva<sup>2</sup>  
Bruna Ferrari Campos Richa<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados à Secretaria Municipal de Saúde da Serra entre 2000 e 2004. **Métodos:** os dados coletados provêm das fichas de investigação dos casos notificados à Diretoria de Vigilância Epidemiológica pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Sistema Único de Saúde (Sinan – SUS). Foram utilizadas as variáveis: materna – faixa etária, grau de instrução, realização de pré-natal, tratamento do parceiro e realização de diagnóstico na gravidez – e da criança – idade gestacional ao nascer, manifestações clínicas e diagnóstico final. Foram realizadas análises descritivas com base no programa Tabulação para Windows (TABWIN), versão 5.2 – 2005. **Resultados:** constatou-se que a prevalência de sorologia positiva para sífilis congênita ainda é alta, tendo sido notificados 233 casos. A faixa etária das mães prevaleceu entre 20-29 anos, sendo 56,7% dos casos. Em relação ao grau de instrução, o predomínio foi de um a três anos de estudo (34,7%). Quanto ao pré-natal, 72,1% das mães disseram que tiveram essa assistência e 53,6% confirmaram ter seu diagnóstico de sífilis estabelecido durante a gestação. Em apenas 26,6% foi realizado tratamento do parceiro. Em relação às variáveis da criança, observou-se que 77,3% dos bebês nasceram a termo, 63,1% assintomáticos e em 78,1% dos casos o diagnóstico final foi de sífilis congênita precoce. **Conclusão:** os resultados obtidos possibilitaram conhecer as características dos casos notificados de sífilis congênita e avaliar, de forma indireta, a qualidade da assistência pré-natal ofertada às gestantes do município da Serra.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita; Saúde Pública; Assistência Perinatal

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the epidemiological profile of cases of congenital syphilis reported to the city health department in Serra from 2000 to 2004. **Methods:** the collected data come from the forms of the cases investigation reported to the administration of the epidemiological surveillance through the information system of reported injuries of the national health system (Sinan – SUS). The following variables were used: maternal – age, level of schooling, prenatal care, partner's treatment and diagnosed during pregnancy; and the child – gestational age at birth, clinical evidence and final diagnosis. Descriptive analyses were obtained using the Windows TABWIN program (version 5.2 – 2005). **Results:** the prevalence of the positive serology for congenital syphilis is still high with 233 cases reported. The mothers' age was between 20 and 29 accounting for 56.7% of the cases. The level of schooling was from 1 to 3 years of study (34.7%). 72.1% of the mothers said they had done prenatal care and 53.6% of those confirmed were diagnosed for syphilis during pregnancy. Only 26.6% of partners were given treatment. Child's variables were: 77.3% of the babies were born term, asymptomatic in 63.1% and in 78.1% of the cases, the final diagnose was of early congenital syphilis. **Conclusion:** These findings show the characteristics of the congenital syphilis reported cases and indirectly assess the quality of prenatal care given to the pregnant women in Serra, state of Espírito Santo, Brazil.

**Key words:** Syphilis, Congenital; Public Health; Perinatal Care

## RESUMEN

**Objetivo:** describir el perfil epidemiológico de los casos de sífilis congénita notificados a la secretaría Municipal de Salud de Serra ocurridos entre 2000 y 2004. **Métodos:** los datos se recogieron de las fichas de investigación de los casos notificados a Vigilancia Epidemiológica a través del sistema de información de la salud (SINAN – SUS). Las variables utilizadas fueron: materna – edad, nivel de instrucción, cuidado prenatal, tratamiento del compañero y realización de diagnóstico durante el embarazo; del niño – edad gestacional, manifestaciones clínicas y diagnóstico final. Se efectuaron análisis descriptivos con el programa Windows (TABWIN), versión 5.2 – 2005. **Resultados:** se constató que la prevalencia de serología positiva para sífilis congénita sigue siendo alta, con 233 casos notificados; edad de las madres entre 20 y 29 para 56.7% de los casos. En relación al nivel de instrucción: predominio de entre 1 y 3 años de estudio (34.7%). 72.1% de las madres informaron haber realizado prenatal y 53.6% de ellas confirmaron que la sífilis había sido diagnosticada durante el embarazo. En sólo 26,6% de los casos el compañero se sometió a tratamiento. Variables del niño: 77.3% de los bebés nacieron a término, 63.1% asintomáticos y en 78.1% de los casos el diagnóstico final era de sífilis congénita temprana. **Conclusión:** Estos resultados permiten conocer las características de los casos notificados de sífilis congénita y evaluar, indirectamente, la calidad del cuidado prenatal brindado a las mujeres embarazadas de Serra/ES.

**Palabras clave:** Sífilis Congénita; Salud Pública; Atención Perinatal

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva/UFES. Docente da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES.

<sup>2</sup> Enfermeira do Hospital Vila Velha/ES

<sup>3</sup> Enfermeira da Unidade de Saúde do município da Serra/ES

Endereço para correspondência: Rua João de Oliveira Soares, 241/701, Jardim Camburi, 29090-390, Vitória-ES.

E-mail: candidap@terra.com.br.

## INTRODUÇÃO

A sífilis congênita tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. É transmitida pela mãe, para a circulação fetal, pela passagem transplacentária das espiroquetas, em qualquer fase da gestação, embora seja mais facilmente transmissível a partir do quarto mês de gestação.<sup>1</sup>

Em meados da década de 1980, a sífilis congênita passou a ser, obrigatoriamente, uma doença de notificação compulsória em todo o território brasileiro para fins de vigilância epidemiológica por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.<sup>2</sup>

Todas as fichas de notificação compulsória das doenças transmissíveis são encaminhadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Sistema Único de Saúde (Sinan – SUS), cuja função é coletar, transmitir e divulgar dados sobre essas doenças, bem como fornecer informações para a análise do perfil de morbidade delas, a fim de serem adotadas medidas de prevenção e controle.<sup>3</sup>

Contudo, dada a ausência de uniformidade no diagnóstico e na conduta, bem como falhas no processo de notificação, a ocorrência das doenças pode ser bem maior do que a demonstrada pelos números oficiais.

No Brasil, foi notificado, no período de 1998 a 2004, o total de 24.448 casos de sífilis congênita, apresentando taxa média de 1,2 caso por 1 000 nascidos vivos por ano. Em relação às características maternas, 53% apresentavam idade entre 20 e 29 anos e 18% abaixo de 20 anos.<sup>4</sup>

A patogenia se desenvolve quando o *treponema pallidum* atravessa a placenta e ganha os vasos umbilicais e multiplica-se rapidamente em todo o organismo fetal. A transmissão ocorre mais facilmente a partir do quarto ao quinto mês de gestação. Antes dessa fase, a membrana celular das vilosidades coriônicas parece constituir obstáculo que impede a passagem do treponema.<sup>5</sup>

A espiroquetemia materna é o fator mais importante para que ocorra a transmissão placentária. Na sífilis recente não tratada, há intensa espiroquetemia materna, o que torna a transmissão praticamente inevitável (80% a 100%). Assim, a mãe com sífilis primária ou secundária não tratada representa maior perigo para o seu feto do que em qualquer outra fase da sífilis; mas com o estabelecimento do tratamento precoce, o risco para a infecção vertical cai para 0% a 1,5%.<sup>6</sup>

Os principais órgãos e tecidos fetais acometidos pela sífilis congênita são: o fígado, os ossos, a pele, as mucosas, o sistema nervoso, o pâncreas e os pulmões.<sup>7</sup>

As infecções por sífilis congênita nos recém-nascidos podem apresentar-se com caráter assintomático ou sintomático.<sup>8</sup>

Segundo Brasil<sup>4</sup>, mais de 50% das crianças infectadas apresentam-se assintomática ao nascimento, surgindo os primeiros sintomas, normalmente, nos primeiros três meses de vida.

O diagnóstico da sífilis congênita é realizado com base clínica e laboratorial. A suspeita clínica é levantada, em primeiro lugar, pela história materna (se for mãe sífilítica), se há outros filhos com história de sífilis, se houve parto prematuro ou abortamento com mais de quatro meses. A confirmação laboratorial pode ser obtida por meio da sorologia não treponêmica e da sorologia treponêmica,

bem como pela demonstração do microorganismo em campo escuro. Os exames complementares são Raio-X de ossos longos e exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR).<sup>9</sup>

Conforme normatização no Brasil, durante a gestação deve-se realizar o teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez.<sup>3</sup>

Nas maternidades e locais de parto, durante a admissão para o parto ou curetagem para abortamento, deverá ser feita triagem para sífilis – realização do VDRL em todas as mulheres. Se a gestante for reagente ou tiver apresentado sífilis na gestação, o recém-nascido deverá realizar VDRL em amostra de sangue periférico, iniciando-se o tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita ou sífilis materna.<sup>10</sup>

A prevenção da sífilis congênita depende inteiramente da não-transmissão das espiroquetas da mãe para o feto, mediante a detecção da enfermidade materna e do tratamento eficaz antes ou durante a gestação.<sup>11</sup>

Diante do exposto, percebemos que a sífilis congênita é um agravo que não pode ser ignorado pela comunidade e pelos profissionais de saúde e que é de suma importância o estudo dessa doença para que, assim, esses profissionais possam melhor informar e educar a população quanto à sua prevenção e tratamento e proporcionar melhoria na prática assistencial.

Neste estudo, teve-se como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados à Secretaria Municipal de Saúde da Serra entre 2000 e 2004.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado no município da Serra, Estado do Espírito Santo. Esse município está localizado na Região Metropolitana de Vitória, ocupando uma área de 554,278 km<sup>2</sup>, distando 28 km da capital (Vitória). Possui população estimada em 383.219 habitantes e cerca de 90% são usuários do SUS.<sup>12</sup>

Foram investigados todos os casos notificados pelas fichas de investigação de sífilis congênita no município da Serra, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004, constituída por 233 casos notificados à Diretoria de Vigilância Epidemiológica pelo Sinan – SUS.

Para que esta pesquisa fosse realizada, solicitamos, mediante carta à Diretoria de Vigilância Epidemiológica, autorização para acessar os registros de notificação de sífilis congênita.

Foram utilizadas as variáveis: materna – faixa etária, grau de instrução, realização de pré-natal, tratamento do parceiro e realização de diagnóstico na gravidez; e da criança, idade gestacional ao nascer, manifestações clínicas e diagnóstico final.

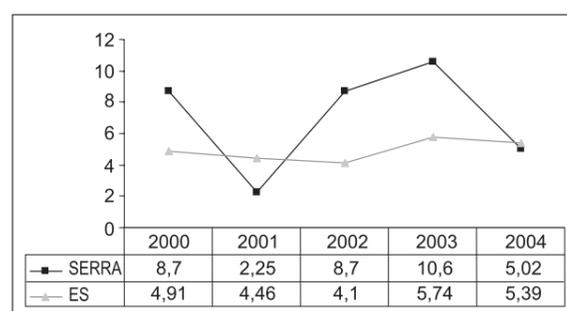
Foram realizadas análises descritivas com base no programa Tabulação para Windows (TAB WIN), versão 5.2 – 2005.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados 233 casos de sífilis congênita pela Secretaria Municipal de Saúde da Serra, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004. Verifica-se que a

prevalência constatada de sorologia positiva para sífilis congênita no município da Serra é mais alta que a do Estado do Espírito Santo em alguns anos do estudo (Figura 1).

**FIGURA 1 – PREVALÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DA SERRA-ES – 2000-2004.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Datasus.

Conforme Figura 1, observa-se que em 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 foram notificados 287, 255, 226, 307 e 287 casos de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, perfazendo um coeficiente de prevalência de 4,91; 4,46; 4,10; 5,74 e 5,39 para sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, respectivamente. Já o município da Serra apresentou 233 casos notificados de sífilis congênita, sendo que em 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 houve, respectivamente, um coeficiente de prevalência de 8,7; 2,25; 8,7; 10,6; e 5,02.<sup>4</sup>

Ainda na Figura 1, nota-se que entre 2000, 2002 e 2003 a prevalência de sífilis no município em estudo foi

duas vezes maior que no Estado do Espírito Santo no mesmo ano. De forma geral, a ocorrência de sífilis congênita entre 2000 e 2004, no município da Serra, correspondeu a 17,10% do número de casos notificados no Estado do Espírito Santo no mesmo período.

Quanto à faixa etária das mulheres que apresentaram sífilis durante a gestação, prevaleceu entre 20-29 anos, apresentando 132 (56,7%) casos dos 233 notificados, sendo o menor índice de ocorrência após os 40 anos de idade, com apenas 2,6 % dos casos. Nota-se que na faixa etária de 10 a 19 anos houve um decréscimo do número de casos ao longo dos anos (2000-2004). Em 2000 foram registrados 13 adolescentes com sífilis durante a gestação, enquanto em 2004 o número de adolescentes caiu para três (Tabela 1).

Em um estudo realizado na Região Sul do Brasil, verificou-se que a faixa etária das mães é muito semelhante às das encontradas no nosso estudo, pois também houve predomínio da faixa etária dos 20 aos 29 anos, havendo menor índice acima dos 39 anos.<sup>13</sup>

Segundo a informação sobre grau de instrução, as gestantes distribuíram-se nas categorias: nenhum ano de estudo: 8,1%; de 1 a 3 anos: 34,7%; de 4 a 7 anos: 19,3%; de 8 a 11 anos: 12,4% maior que 12 anos 0,8%; e 24,4% ignorados. Entre 2000 e 2001, apenas cinco pessoas tinham mais que três anos de estudo; já entre 2002, 2003 e 2004, percebe-se um pequeno aumento no grau de instrução, partindo de 1 a 3 para 4 a 7 anos de estudo. Observamos em nossa pesquisa que quanto maior o grau de instrução, menor a incidência da doença; em contrapartida, quanto menor o grau de instrução, maior a incidência da doença. (Tabela 2).

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA MATERNA, NO MUNICÍPIO DA SERRA-ES – 2000-2004.**

Ano	Ign		10-19		20-29		30-39		40-44		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	4	6,5	13	21,0	37	59,7	7	11,3	1	1,6	62	100
2001	3	20,0	0	0,0	10	66,7	2	13,3	0	0,0	15	100
2002	9	16,1	9	16,1	29	51,8	7	12,5	2	3,6	56	100
2003	2	3,0	6	9,0	41	61,2	16	23,9	2	3,0	67	100
2004	6	18,2	3	9,1	15	45,5	8	24,2	1	3,0	33	100
Total	24	10,3	31	13,3	132	56,7	40	17,2	6	2,6	233	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO MATERNA, NO MUNICÍPIO DA SERRA, ES – 2000-2004.**

Ano	Ign/Branco		Nenhuma		1 a 3		4 a 7		8 a 11		>12		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	6	9,7	11	17,7	42	67,7	0	0,0	3	4,8	0	0,0	62	100
2001	1	6,7	2	13,3	10	66,7	0	0,0	2	13,3	0	0,0	15	100
2002	20	35,7	3	5,4	9	16,1	12	21,4	12	21,4	0	0,0	56	100
2003	14	20,9	2	3,0	17	25,4	22	32,8	10	14,9	2	3,0	67	100
2004	16	48,5	1	3,0	3	9,1	11	33,3	2	6,1	0	0,0	33	100
Total	57	24,46	19	8,155	81	34,76	45	19,31	29	12,45	2	0,858	233	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Numa pesquisa, observou-se que a positividade sorológica para sífilis está sempre associada ao analfabetismo e ao baixo nível socioeconômico,<sup>14</sup> concordando com outro estudo em que se verificou que as mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação correspondem aos segmentos mais empobrecidos da população, evidenciado pela baixa escolaridade.<sup>15</sup>

Evidenciamos que das 233 mães sífilíticas, 72,1% referiram ter realizado pré-natal e 27,9% contemplam mães que disseram não ter realizado pré-natal e ignoram se o realizou ou não. Observamos que entre 2001 e 2003 houve aumento de 39,3% no número de gestantes sífilíticas que realizaram pré-natal. No entanto, em 2004 esse número reduziu 9%.

Em estudo realizado no sul do Brasil, foram encontrados 27 casos de sífilis congênita em 1 739 nascimentos. Desses 27 casos, houve 23 gestantes (85,2%) que relataram acompanhamento pré-natal prévio e em apenas 16 destas o diagnóstico de sífilis materna foi realizado antes do parto. Porém o tratamento de sífilis não foi realizado ou, se realizado, foi inadequado para a prevenção da sífilis congênita.<sup>13</sup>

Muitos autores salientam que entre os fatores relacionados com a elevada prevalência de sífilis congênita o mais relevante seria a falta de assistência ao pré-natal. Nesse sentido, a prevalência de sífilis congênita observada em nosso estudo merece reflexão, uma vez que a maioria das gestantes pesquisadas (72,1%) teve acesso à assistência pré-natal, e, ainda assim, ocorreu a transmissão vertical. A constatação do elevado percentual da doença reflete a baixa qualidade da atenção pré-natal prestada, o que leva à necessidade de ser revista ou mesmo reformulada a assistência pré-natal ofertada às mulheres, a fim de reduzir o índice de contaminação do concepto.<sup>13-15</sup>

O Ministério da Saúde estabelece políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade, além de ofertar subsídios para a estrutura, como equipamentos e instrumentos necessários, bem como a capacitação da

equipe de saúde, a fim de melhorar a qualificação da rede assistencial. Propõe, ainda, que a assistência ao pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema de saúde, onde são firmados os vínculos do setor com a comunidade. Além disso, o Ministério preconiza que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas pré-natais. No entanto, nem todas as gestantes conseguem atingir esse número, mas essa é uma meta importante, juntamente com a qualificação das consultas, a fim de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil.<sup>10</sup>

Quanto à variável “diagnóstico na gravidez” observa-se que 53,6% das gestantes tiveram seu diagnóstico estabelecido durante a gestação, 20,6% não tiveram seu diagnóstico estabelecido, enquanto 25,8% não souberam informar sobre seu diagnóstico.

Diante desses resultados, verifica-se que mais da metade das gestantes teve seu diagnóstico estabelecido na gravidez e ainda assim houve a transmissão vertical do treponema. Esse resultado nos leva a questionar a qualidade da assistência prestada à população, pois existe um protocolo de sífilis congênita do Ministério da Saúde no qual é explicado detalhadamente sobre o diagnóstico e tratamento que deveria ser seguido por todos os profissionais de saúde. Percebe-se que nem todos os profissionais de saúde que atendem as gestantes nos serviços de saúde pública se comprometem com a qualidade do pré-natal e as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Nas fichas preenchidas, há o predomínio de 42,1% de gestantes que referiram não ter seus parceiros tratados, 31,3% desconhecem se seus parceiros realizaram tratamento e apenas 26,6% afirmaram que seus parceiros foram tratados.

No estudo De Lorenzi e Madi<sup>13</sup>, foi possível observar entre a população estudada que 38,1% dos parceiros sexuais das gestantes que relataram pré-natal prévio não se submeteram a qualquer forma de tratamento.

O Ministério da Saúde, com base nas orientações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos EUA, tem salientado a importância do tratamento rotineiro no pré-natal do parceiro nos casos de gestantes portadoras de sífilis.<sup>10</sup>

Visto, em nosso trabalho, o grande índice de gestantes que referiram não ter seus parceiros tratados (42,1%), surge a preocupação de organizar melhor os serviços de saúde para captar e acolher as gestantes precocemente, bem como oferecer oportunidades de detecção e tratamento correto e oportuno, juntamente com orientações reforçadas para as gestantes e seus parceiros.

O trabalho de educação em saúde com a participação dos parceiros e familiares nos grupos de gestantes pode ser desenvolvido pelo enfermeiro em parceria com outros profissionais de saúde, como forma de garantir a oportunidade de tratamento e ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Constata-se que, dos casos notificados, 147 (63,1%) eram assintomáticos, 47 (20,2%) apresentaram sintomas e em 39 (16,7%) os informantes ignoravam a presença de sintomas.

De acordo com a literatura, mais da metade de todas as crianças é assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos.<sup>11</sup>

De Lorenzi e Madi<sup>13</sup> afirmam que em cerca de 2/3 dos casos as crianças de mães sífilíticas mostram-se assintomáticas e que as manifestações clínicas são geralmente tardias, podendo transcorrer meses ou anos até se fazerem presentes.

Quanto à categoria de diagnóstico final, 78,1% foram classificados como sífilis congênita recente; 2,1%, como sífilis congênita tardia; 2,6%, como natimorto sífilítico; 0,4%, como aborto por sífilis; e em 16,7% das notificações a informação do diagnóstico final foi ignorada (Tabela 3).

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO A VARIÁVEL DIAGNÓSTICO FINAL, NO MUNICÍPIO DA SERRA, ES – 2000-2004.**

Ano	Ign/Branco		Sífilis congênita recente		Sífilis congênita tardia		Natimorto sífilítico		Aborto por sífilis		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	13	21,0	46	74,2	1	1,6	2	3,2	0	0,0	62	100
2001	6	40,0	8	53,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	15	100
2002	12	21,4	40	71,4	3	5,4	1	1,8	0	0,0	56	100
2003	2	3,0	61	91,0	1	1,5	2	3,0	1	1,5	67	100
2004	6	18,2	27	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	100
Total	39	16,7	182	78,1	5	2,1	6	2,6	1	0,4	233	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Entre os dados avaliados, observa-se que 77,3% dos recém-nascidos tiveram idade gestacional igual ou maior que 37 semanas e verificou-se um percentual de prematuridade de 11,5%. Em nossa revisão bibliográfica, observamos que vários autores relataram que é grande o índice de aborto espontâneo, natimorto, baixo peso e prematuridade em bebês de mães sífilíticas não tratadas.<sup>5,14,16</sup>

Saraceni et al.<sup>14</sup> referem que a sífilis é causa de grande morbidade na vida intra-uterina, levando a desfechos negativos da gestação em muitos casos. Comentam que as taxas muito elevadas de prematuridade e de baixo peso ao nascer por sífilis elevam o risco de mortalidade perinatal. Já Bickey<sup>16</sup> diz que, com o não-tratamento da gestante, 25% dos bebês infectados morrem antes de nascer.

Vale ressaltar que o percentual do número de casos encontrados com diagnóstico de natimorto sífilítico e aborto por sífilis são baixos em comparação com o encontrado na literatura, sendo, respectivamente, 2,6 e 0,4. O que geralmente encontramos é que, em média, 25% dos fetos infectados morrem antes de nascer.<sup>16</sup>

Pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2002, detectou que 292 óbitos perinatais (4,0%) tiveram como causa básica a sífilis congênita, sendo 222 (5,3%) fetais e 70 (2,3%) neonatais precoces.<sup>14</sup>

É importante ressaltar quanto à qualidade dos dados avaliados, pois em alguns momentos o percentual de dados ignorados poderia alterar os resultados. Como vimos, verificou-se, neste estudo, que mais de 75% dos bebês

nasceram com mais de 37 semanas, porém 11,2% dos dados foram registrados como ignorados e quando avaliado o diagnóstico final 2,6% eram de natimortos enquanto 16,7% eram ignorados.

A utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação para estudar a sífilis congênita foi viável, embora as informações não estivessem completas nos bancos de dados. A melhoria dessa informação pode contribuir para detectar possíveis falhas na atenção materno-infantil, sendo prioritário o conhecimento correto das características das gestantes e crianças acometidas de sífilis para o planejamento das ações de saúde.

### CONCLUSÃO

Os resultados obtidos possibilitaram conhecer as características dos casos notificados de sífilis congênita e avaliar, de forma indireta, a qualidade da assistência pré-natal ofertada às gestantes do município da Serra-ES.

O município da Serra apresentou 233 casos notificados de sífilis congênita, sendo que em 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 obteve, respectivamente, um coeficiente de prevalência de 8,7; 2,25; 8,7; 10,6 e 5,02.

Quanto às características maternas, 56,7% apresentaram idade entre 20-29 anos, 34,7% estudaram somente de um a três anos. Das gestantes que tiveram crianças com sífilis congênita, 72% obtiveram acesso ao serviço de pré-natal. Para as gestantes que realizaram pré-natal, em 53,6%, o diagnóstico de sífilis foi feito durante a gravidez e em 42,1% os parceiros não foram tratados para sífilis.

Em relação às características infantis, observou-se que 77,3% dos bebês nasceram a termo, 63,1% dos casos foram assintomáticos e em 78,1% dos casos notificados a criança teve como diagnóstico final a sífilis congênita precoce.

Observamos a necessidade de que sejam ampliadas as investigações epidemiológicas, para que se tenha uma avaliação mais consistente da magnitude do problema causado pela sífilis congênita no município da Serra, e que esforços desenvolvidos pelas três esferas do Governo permitam a elaboração de estratégias de prevenção e controle, atuando com as populações de risco.

Ainda que neste estudo não se tenha proposto uma avaliação do serviço, os resultados indicam a necessidade

de investir e organizar os serviços de saúde, ampliando o acesso à população; captar precocemente as gestantes, fixando-as ao serviço de pré-natal; ofertar, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada, bem como a rotina mínima de exames preconizados pelo Ministério da Saúde; e garantir o tratamento oportuno e adequado da gestante e seu parceiro.

### REFERÊNCIAS

1. Alvarez BR, Mezzacappa MAMS, Poteiro CB. Sífilis congênita simulando a síndrome da criança espancada: relato de caso. *Radiol Brás*. 2002 jul.; 35(4):251-4.
2. Brasil. Portaria número 542/1986, de 22 de dezembro de 1986. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 de dez. 1986. Seção 1, p. 19827.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação: Espírito Santo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos: sífilis congênita. Brasil, 2004. [Citado em 10 nov. 2005]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
5. Guinsburg R. Sífilis congênita. In: Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LHFR. *Infectologia pediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 323-34.
6. Barros SM. O. Doenças infecciosas e parasitárias. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. São Paulo: Roca; 2002. p. 169-71.
7. Tonelli E, Freire LMS. Doenças infecciosas na infância e adolescência. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. v. 2. p. 444-56.
8. Goulart L, Santos MN. Diagnóstico diferencial e tratamento das infecções congênitas. In: Prado FC, Ranos JÁ, Valle JR. *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento*. 20ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 1125-8.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Tratamento de pacientes com doenças infecciosas. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. v. 2, p. 1808-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Pré natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Diniz EMA, Vaz FAC. Infecções congênitas e neonatais. In: Marcondes E. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. v. 1, p. 523-30.
12. Serra. Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico grupo temático: plano plurianual de aplicação. Serra: Prefeitura Municipal; 2005.
13. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001 dez.; 23 (10): 647-52.
14. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador de qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. 2005 jul./ago.; 21 (4): 1244-50.
15. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*. 2003 set./out.; 19 (5): 1341-9.
16. Bickey LS. *Bates propedêutica terapêutica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Data de submissão: 22/08/07  
Data de aprovação: 10/12/07

# DOCENTES DE ENFERMAGEM: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO

NURSING FACULTY: PLEASURE AND SUFFERING AT WORK

DOCENTES DE ENFERMERÍA: PLACER Y SUFRIMIENTO EN EL TRABAJO

Fábio da Costa Carbogim<sup>1</sup>  
Angela Maria Correa Gonçalves<sup>2</sup>

## RESUMO

Este estudo teve abordagem qualitativa e foi realizado com docentes de enfermagem em uma faculdade no interior de Minas Gerais. O objetivo foi identificar o significado do trabalho para os docentes e os fatores relacionados ao desgaste psíquico no trabalho, bem como verificar como convivem com o sofrimento/prazer na docência. Constatou-se que o significado de ser docente envolve reconhecimento pessoal, missão e troca de experiências e que o sofrimento psíquico no trabalho dos docentes está relacionado, principalmente, com a falta de recursos materiais e humanos, a sobrecarga de trabalho, os baixos salários, o desconforto do ambiente físico, as relações interpessoais e a falta de privacidade.

**Palavras-chave:** Docentes de Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Condições de Trabalho; Satisfação no Emprego; Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

This study used a qualitative approach and was carried out with nursing faculty at a college in the interior of the State of Minas Gerais. The objective was to identify the meaning of work for the faculty members; the factors related to psychic disorder at work and to verify how they deal with suffering/pleasure on the job. We found that the meaning of being a teacher involves personal recognition, mission and the exchange of experiences and that psychic suffering at work is related mainly to the lack of material and human resources, work overload, low salaries, discomfort in the physical environment, interpersonal relationships and the lack of privacy.

**Key words:** Faculty, Nursing; Occupational Health; Working Conditions; Job Satisfaction; Qualitative Research

## RESUMEN

Este estudio ha tenido un enfoque cualitativo y se ha llevado a cabo con profesores de enfermería de una facultad del interior del Estado de Minas Gerais. Su objetivo ha sido identificar el significado del trabajo para los docentes, los factores relacionados con el desgaste psíquico en el trabajo y observar cómo conviven con el sufrimiento/placer en la enseñanza. Constatamos que el significado de ser docente está vinculado al reconocimiento personal, la misión e intercambio de experiencias; el sufrimiento psíquico en el trabajo principalmente con la falta de recursos materiales y humanos, la sobrecarga laboral, sueldos bajos, falta de comodidades en el ambiente físico, relaciones interpersonales y falta de privacidad.

**Palabras clave:** Docente de Enfermería; Salud Laboral; Condiciones de Trabajo; Satisfacción en el trabajo; Investigación Cualitativa

<sup>1</sup> Enfermeiro, residente de Enfermagem em Saúde do Adulto pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Endereço para correspondência: Rua dos Artistas, 70/302 – Morro da Glória, Juiz de Fora-MG – CEP: 36035-130.  
E-mail: lotre@bol.com.br

## INTRODUÇÃO

O trabalho pode ser contemplado sobre várias vertentes. Pode ser potencializador, criador, motivador e permitir a inserção do homem no mundo das relações. Em contrapartida, pode ser fator de insatisfação, desajustes físicos e psíquicos.

No contexto da sociedade contemporânea, temos percebido a necessidade e a importância de estudos não só relacionados a processos de patologias físicas desencadeadas pelo trabalho, mas também de morbidades psíquicas relacionadas a ele.

Os indivíduos na idade produtiva passam a maior parte do tempo dedicados à atividade laboral. De acordo com Moura<sup>1</sup>, a vida das pessoas só adquire um sentido se houver um trabalho que lhes permita consumir, ter bens, dentre outras coisas, como um "passaporte" para poder viver e conviver num mundo capitalista. Dessa forma, o pensamento capitalista faz com que o trabalho também represente para o homem sinônimo de inserção, de identidade. Ou seja, o indivíduo e sua profissão se fundem a ponto de o trabalho tornar-se um instrumento, um símbolo para a representação dessa pessoa à sociedade. Assim, o significado da inserção do indivíduo no mundo do trabalho transcende a justificativa de conquistas de bens materiais para suprir as necessidades básicas, sendo também a busca de identidade, de satisfação, de prazer, de realização pessoal e de reconhecimento.

A articulação de estratégias que possibilitam um ambiente de trabalho mais saudável é imprescindível, por isso instituições que valorizam uma comunicação aberta entre empregados e empregadores, que favoreça uma adaptação natural e não imposta dos indivíduos ao trabalho, estão prezando pelo bem-estar e pela saúde de seus trabalhadores. Também se torna importante destacar a viabilidade de poder externar, nos locais de trabalho, a parte subjetiva de cada trabalhador, como sonhos, alegrias, tristezas. Dessa forma, tais instituições irão, em larga escala, colaborar para diminuir o risco de agravos à saúde mental de seus funcionários.

Como explicam Santos e Trivizan<sup>2</sup>, se a organização na qual o indivíduo está inserido tem caráter flexível, favorecendo as conquistas e a criatividade individual de resoluções de problemas, o trabalho torna-se um instrumento que permite o desenvolvimento das potencialidades humanas, contribuindo para que o indivíduo se conscientize de seu papel não só para a organização, mas também para sociedade, levando-o à satisfação, à realização e ao prazer. Por outro lado, quando o trabalho está organizado de forma a atender apenas aos interesses da empresa e do mercado, reprimindo as potencialidades humanas, os valores individuais acabam gerando insatisfação, podendo desencadear, portanto, o sofrimento psíquico.

Dejours et al.<sup>3</sup> explicam que o trabalho que tolhe a criatividade individual, não permitindo o pleno emprego das aptidões psicomotoras e psicossensoriais, gera uma carga psíquica que pode ser nociva, uma vez que gera frustrações e doenças. Tal processo degradante é denominado de *sofrimento patogênico*. Porém, quando a carga psíquica do trabalho é extravasada, seja por uma organização de trabalho flexível, seja por estratégias pessoais de diminuição do estresse e busca do prazer no trabalho, tal processo é chamado de *sofrimento criativo*.

Sabemos que o trabalho docente permite aos seus executores flexibilidade de atuação no sentido, por exemplo, de como ministrar uma aula, o que abordar, dando ao docente a oportunidade de usar sua criatividade, ter controle, portanto, sobre o processo e o produto.

Nas universidades, os docentes são exauridos em suas capacidades intelectuais para atender às exigências da instituição, não muito diferentes do sistema capitalista de produção. Assim, como destaca Lima<sup>4</sup>, podemos caracterizar o comportamento de muitos docentes como *workaholics*, ou os "viciados" em trabalho. Essas pessoas levam trabalho para casa, viram noites para conseguir melhor desempenho, fazem comentários sobre o serviço em casa e, quando saem de férias, se saem, acabam sofrendo da "síndrome de abstinência", ou seja, ficam ansiosas e não sabem o que fazer fora do trabalho.

De acordo com Batista e Codo<sup>5</sup>, no modelo vigente de gestão adotado pelas universidades, segundo o qual quanto mais dedicação, fidelidade, compromisso, melhor, percebe-se que os docentes acabam por negligenciar o próprio bem-estar, não buscando hábitos saudáveis de vida, ficando fadados ao sistema, e podem, portanto, adoecer.

## OBJETIVO

Esta pesquisa visa identificar o significado do trabalho para os docentes na instituição pesquisada, os fatores relacionados ao sofrimento psíquico desses trabalhadores e verificar como reagem e convivem em relação ao desgaste/prazer na docência.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como campo de pesquisa a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). No momento das entrevistas, havia 43 docentes, sendo 38 efetivos e 5 substitutos, isto é, com contrato temporário, distribuídos nos departamentos de Enfermagem Básica, Enfermagem Materno-Infantil, Saúde Pública e Enfermagem Aplicada. Quanto ao gênero, 3 eram do gênero masculino e 40 do gênero feminino.

A carga horária de trabalho dos docentes é de 40 horas semanais. Em sua maioria, os docentes efetivos dedicam-se à graduação e à pós-graduação, com atividades voltadas para o ensino, pesquisa e projetos de extensão em enfermagem. Os sujeitos desta pesquisa foram nove docentes, todos do gênero feminino, trabalhando há mais de sete anos na instituição. Entre os entrevistados, a maioria possuía título de mestre e apenas um possuía de doutorado.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada e gravada. O critério de escolha dos profissionais foi aleatório, ou seja, abordávamos os docentes que encontrávamos no campo de pesquisa, explicando-lhes os objetivos do estudo em questão. Os que se dispuseram a participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Informado, como determina a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e ainda lhes foram garantidos o sigilo e o anonimato. A coleta de dados foi interrompida à medida que os dados começaram a se repetir. A transcrição foi feita na íntegra, e após tal procedimento passamos à fase da leitura atenta dos discursos, tentando agregá-los por temas que se constituíram, então,

nas categorias de análise. As perguntas norteadoras do trabalho foram:

- 1) Qual o significado de ser docente na Faculdade de Enfermagem para você?
- 2) Como você se sente neste trabalho?
- 3) Como você percebe suas condições de trabalho e a relação delas com sua qualidade de vida?
- 4) Você gostaria de acrescentar alguma outra questão que acha importante?

Visando à compreensão mais acurada dos conteúdos coletados com os docentes sobre o trabalho que exercem, após leitura atenta, dividimos os dados em núcleos de pensamentos que se constituem nas seguintes categorias de análise: 1. Significado do trabalho; 2. Prazer no trabalho; 3. Sofrimento no trabalho do docente.

## RESULTADOS

### Significado do trabalho para os docentes de enfermagem

Tomando como referência o trabalho docente, constatamos que quase todos os entrevistados têm percebido esse ofício como possibilidade de construção de uma carreira que implicará o reconhecimento, a realização pessoal, e que contribuirá para inserção de outros indivíduos no mundo do trabalho, sendo, portanto, gratificante. Os docentes de enfermagem entrevistados dão ao trabalho os seguintes significados:

[...] é algo que traz uma... um reconhecimento pessoal, profissional e na questão de tá trabalhando com o aluno na formação do enfermeiro... Existe uma troca grande entre o professor agente formador e o aluno [...]. (E2)

[...] eu acho que eu me sinto num processo de crescimento, porque a docência é um trabalho de troca, então eu vejo a docência como um... caminho de duas mãos, de duas mãos que se cruzam. (E3)

[...] representa pra mim o ato de compartilhar, de dividir, de passar, mas não como algo pronto, tá, algo estático, mas algo que gere um movimento, que leve o aluno também repensar, né? (E8)

Pode-se perceber que alguns docentes consideram a docência como uma possibilidade de compartilhamento, de troca. Logo, têm a visão de que neste trabalho o aprendizado é mútuo e por isso depende da disponibilidade de ambas as partes para se concretizar.

Para Freire<sup>6</sup>, “a prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina...”

Atualmente, o perfil desejável do educador é a de um profissional que atue como facilitador do aprendizado, não passando o conhecimento pronto, mas criando um ambiente que possibilitará a construção e a produção do conhecimento. O docente, não desmerecendo conhecimentos prévios dos alunos, agirá de forma a respeitar a dignidade, a autonomia e os limites do educando. Constatamos esse novo significado do trabalho docente presente

nas fala abaixo:

[...] nossa missão maior é fazer com o outro, né que são os alunos, que são as pessoas que estão ao nosso redor, consigam aprender e isso não significa ensinar, mas significa criar condições ao redor dos alunos, ao redor das pessoas que estão com a gente pra que elas possam buscar o seu processo de ensino e aprendizado, né?. (E7)

Um aspecto que merece destaque é a concepção da educação com significado de missão, uma incumbência que deve ser levada adiante. Mesmo tendo ocorrido mudanças no ensino, na forma de ensinar, o instinto maternal da missão do cuidar, do zelo, ainda se faz presente nessa profissão que é composta majoritariamente por mulheres. E prosseguem:

[...] tem que ser um grande cuidador, no sentido de ser um educador. É... e aí eu faço uma grande distinção: professor é um cargo, educador é a forma como ele desempenha o cargo. Porque ele poderia ser instrutor. Então, o que significa pra mim é a questão do dar, instaurar valor, porque o instrutor pode ser... até o manual de instrução é capaz. Pode dar conta disso. Eu penso que é por aí. (E4)

O trabalho assume relevância no dia-a-dia dos professores, visto que passam a maior parte de seu dia dedicando-se ao ensino. Por isso acreditamos que o prazer no trabalho tem um significado essencial para o indivíduo e merece ser analisado criteriosamente.

### O prazer no trabalho dos docentes de enfermagem

O trabalho em si consiste na transformação da matéria bruta em um instrumento útil e com significados tanto para quem o construiu como para quem dele se beneficia. No trabalho do professor, a transformação é mútua: ambos são “lapidados”, dada a troca constante de experiências e informações entre as duas partes, criando, assim, um ambiente propício para o desenvolvimento intelectual e de convívio social. Dessa forma, o educador assume papel importantíssimo diante de si mesmo, do aluno e da sociedade.

Acreditamos que o sentimento de prazer expresso pelos docentes em relação ao seu trabalho, dentre outros aspectos, está intimamente ligado ao papel que essa profissão tem diante da integração do homem e do desenvolvimento de vínculos afetivos. Isso porque o professor percebe-se importante para o outro e a lida diária acaba propiciando uma amizade entre educador e educando, o que também é gratificante, como é possível perceber na fala abaixo:

[...] Ele me trouxe, é... muita alegria, muita realização... É o mais importante pra mim é a convivência que eu tenho com os alunos. (E5)

Pode-se perceber que o resultado da convivência com os alunos gerou alegria, satisfação, realização; o aprendizado não é unilateral, traz possibilidades de sentimentos gratificantes e crescimento para duas partes.

[...] *O fato de eu estudar pra preparar uma aula, seja pra um campo teórico ou um campo prático, isso me dá um prazer muito grande, eu me sinto bem comigo mesma, né? eu me sinto feliz porque é... eu acho que as coisas não podem ser feitas de maneira... simplesmente técnicas pra cumprir papel... É algo que me dá um prazer muito grande, porque eu sempre gostei de dividir, de compartilhar o meu conhecimento, então isso é um fio condutor pra me da bem-estar, né? Então eu me sinto bem quando estou preparando uma aula, principalmente quando a gente tá diante de grupo, né? de alunos, uma turma que se mostra interessados.* (E8)

[...] *acho bastante gratificante quando a gente começa com o aluno que ainda é inexperiente e quando você vê ele já tá no campo de trabalho... E a gente tem essa oportunidade de crescimento, de estar aprimorando... essa questão da oportunidade de você tá buscando novos conhecimentos, de você está sempre atualizado.* (E6)

[...] *Me sinto plenamente realizada! Hoje eu vejo que isso é uma felicidade... acho bonito tá podendo conhecer os alunos que chegam, tá acompanhando os que tão formando e acho que isso é uma coisa que me ajuda muito.* (E9)

Nas falas acima percebe-se o prazer do docente ao verificar a importância do seu trabalho, o resultado: o aluno que chega como “matéria bruta” é estimulado a desenvolver habilidades técnicas e filosóficas, tornando-se um profissional, e o professor sai mais experiente e realizado dessa interação, portanto também transformado.

Quanto ao trabalho do educador, Olivier-Heckler e Soratto<sup>7</sup> afirmam:

[...] *um trabalho com essas características desafia o trabalhador e estimula seu desenvolvimento, explora suas potencialidades e leva-o a descobrir novas. Num trabalho assim, um trabalhador consegue ter prazer naquilo que realiza, não só porque pode ver claramente o benefício que está fazendo para o outro, o que é extremamente gratificante, mas principalmente porque consegue ver os benefícios que o trabalho faz para si mesmo. Consegue ver mudanças na sua pessoa. Após anos de trabalho percebe que mudou, que ficou mais experiente, que as dificuldades de um tempo atrás, as quais pareciam intransponíveis, puderam ser superadas, passa a ver outras que não via antes e que tornaram agora desafiadoras. Tudo isso faz com que as pessoas se sintam ativas, vivas, participantes efetivas do mundo em que vivem.*

Dados os inúmeros fatores que agem sobre os indivíduos, falar de satisfação no trabalho se faz tão complexo quanto falar sobre o próprio homem. No trabalho, tanto os fatores extrínsecos (higiênicos) quanto os intrínsecos (motivacionais) têm influência direta sobre a satisfação e prazer no que se realiza. Segundo Antunes e Sant Anna<sup>8</sup>,

os fatores extrínsecos estão relacionados com as condições sobre as quais o trabalhador não tem controle: salário, condições físicas e ambientais, políticas administrativas, dentre outras. Quanto aos fatores motivacionais, dizem que estão ligados àquilo que o trabalhador realiza, ao conteúdo do seu trabalho: a responsabilidade, o crescimento e o progresso profissional, a percepção da auto-realização, o caráter desafiador da profissão.

Pode-se perceber que, mesmo diante de algumas dificuldades (fatores extrínsecos), os docentes mantêm-se motivados, tentando retirar do trabalho alguma forma de prazer, como se vê a seguir:

[...] *tive certos episódios de doenças e esta vinda ao trabalho esse vai e vem me ajudou muito.* (E1)

[...] *no começo... Eu me senti um pouco, pouco é... Pouco valorizada, agora não mais. Agora já me sinto bem aceita, bem valorizada e eu acho isso uma coisa importante no trabalho. Você se sentir que é valorizada, que é útil, que é produtiva, né.* (E7)

[...] *eu penso que quando a gente é entusiasmada. Não é otimista não. Entusiasmada. Pode chover lá fora, pode tá com vento, pode ter sol, né? A gente consegue não é se isolar, não é se resguardar, mas conservar ainda alguma coisa que... Pra que a gente dê conta de continuar caminhando, mesmo que essas condições de trabalho não sejam favoráveis.* (E4).

Os docentes dizem que têm prazer no trabalho proveniente do desafio, da oportunidade de crescimento, da possibilidade de demonstrar suas capacidades (fatores motivacionais). Mesmo com percalços (fatores extrínsecos), ainda encontram disposição para trabalhar e se sentirem satisfeitos com o que fazem. Acreditamos, porém, que a satisfação proporcionada apenas pelos fatores motivacionais é limitada, dependendo dos fatores extrínsecos para gerar um grau de motivação elevado. Para Dejours<sup>9</sup>, a satisfação no trabalho pode ser concreta e/ou simbólica. A satisfação simbólica diz respeito ao significado do trabalho, desejos e motivação; já a satisfação concreta tem relação com condições de trabalho que possibilitem a saúde física e a mental. O entusiasmo, exposto na fala acima, vem sendo utilizado de forma superlativa como um mecanismo para encobrir o desgaste no trabalho e “anestesiá-lo” o sofrimento, já que nas universidades públicas o sucateamento é cada vez maior, sem possibilidade de oferecer condições adequadas de trabalho. A nosso ver, são poucas as chances de apenas o entusiasmo, a satisfação simbólica, gerar prazer real.

#### Sufrimento no trabalho

Para Dejours,<sup>3</sup> “o sofrimento é a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho, se acumulando no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão”.

No dia-a-dia do trabalho, especificamente o trabalho docente, muitos são os fatores que geram uma carga psíquica que, quando não extravasada com estratégias pessoais eficazes e mesmo da própria instituição de trabalho, acabam levando ao desgaste, que é uma das formas do sofrimento psíquico. Um dos fatores desencadeante

desse desgaste relaciona-se com a uma carga horária de trabalho que não se limita apenas à faculdade. Os docentes acabam levando trabalho para casa, prejudicando, assim, momentos de lazer, relacionamento familiar, etc. Os entrevistados, a esse respeito, relatam:

[...] a gente chega em casa supercansada ou às vezes superirritada, né, e aí você tem que fazer o papel de filha, papel de esposa, né, de marido, enfim. E às vezes você tenta controlar o máximo, pra que aquilo que gerou aquela angústia, ansiedade. É... é, estresse, é... é... insônia, né? (E8)

Corroborando, Codo et al.<sup>10</sup> dizem que o trabalho docente gera desgaste e conflitos, já que em meio a tantas tarefas levadas para ser concluídas em casa, o professor sente que seu tempo é “roubado” por provas para corrigir, preparação de aulas, necessidade de atualização, problemas que não foram resolvidos no trabalho.

Considerando que a maioria dos entrevistados é do gênero feminino, não podemos deixar de mencionar que a jornada no lar é uma realidade. A trabalhadora, muitas vezes, chega em casa e ainda tem de fazer o papel de dona de casa, mãe, esposa, e a impossibilidade de dar maior atenção aos filhos e/ou cônjuges causa-lhe um sentimento de culpa em razão do tempo ocupado pelo trabalho.

[...] Não é aquilo que você diz que você chegou em casa e seu trabalho terminou e ficou lá. Não dá pra ser dessa forma e não tem jeito, então... é esse jeito de desafio mesmos, né? De algo que não tem... que não é conclusivo, de algo que tá exigindo que você se apronte. (E4)

O exercício do magistério é um trabalho que, se não lhe forem impostos limites, absorve qualquer tempo vago, dando sempre uma sensação de inconclusividade. Isso, somado ao sentimento de culpa por não se poder dedicar maior tempo à família e lazer, causa desgaste.

[...] quando a gente tem algumas condições que não são muito favoráveis, então, até de distribuição de tempo... a gente acaba pra dá, pra suprir isso, se dedicando muito mais ao trabalho às vezes do que deveria... eu faço ainda muita coisa em casa, muito trabalho em casa. [...] Então eu saio cinco horas aqui da Faculdade, não significa que meu trabalho acabou... quando eu saio daqui eu acabo indo trabalhar também, né? (E7)

O desgaste acaba gerando mal-estar psicológico, que engloba desde sensações de frustração, ansiedade, irritabilidade, intolerância, depressão até manifestações físicas, como fadiga, distúrbios gastrintestinais, hipertensão arterial etc., visto que a saúde mental não está díspar da saúde física e vice-versa. No dia-a-dia do trabalho, vários são os momentos de desgaste pelos quais passam os professores, e quando este não é eliminado pode se tornar um mal crônico que desestrutura, limita e faz adoecer.

De acordo com Bernik<sup>11</sup>, o desgaste e o conseqüente estresse acabam se somatizando: no trato gastrintestinal

podem manifestar-se desde gastrites a úlcera. Problemas circulatórios, às vezes somados a hábitos de vida não saudáveis, podem gerar elevação da pressão arterial, isquemia do miocárdio, em razão da vasoconstrição provocada pela adrenalina. Também podem ocorrer manifestações de sintomas psíquicos, como medo, nervosismo, exacerbação de atos falhos e obsessivos, alterações do apetite e do sono, diminuição do interesse sexual, apatia, torpor afetivo, Síndrome de Bournot, dentre outros distúrbios. De modo geral, ainda pode provocar cefaléias, tensão muscular, fadiga, sudorese intensa, palpitações, aumento da frequência de micção, colopatias, aumento da glicemia e colesterol (LDL), além de outros distúrbios.

Então vejamos o que um professor sente e relata a esse respeito em sua fala:

[...] Eu vejo que o trabalho, ele tem uma capacidade de tá fazendo com que a gente se reproduza, se reproduza, né, e... e infelizmente ele acaba gerando um desgaste na gente... eu tenho uma dificuldade muito grande de tá, de tá lembrando das coisas, né, assim... eu acho que isso é desgaste. É uma irritabilidade, né que eu acho que é por conta do desgaste, desgaste no trabalho, tá? (E7)

Como exposto nesta fala do entrevistado, o trabalho com essas características acaba provocando um desgaste psíquico. Sintomas como irritabilidade, esquecimentos, estresse, depressão são alguns dos sinais:

[...] nós estamos tendo colegas adoecendo... com licença médica a quase um ano e mesmo quem tá presente trabalhando, que não chega a se afastar, mas estão tendo sérios problemas de saúde, decorrente do estresse, da falta de satisfação no trabalho, né... Com quadro freqüente de estresse, depressão, crise hipertensiva, então eu julgo como condições desfavoráveis de trabalho que estão interferindo na qualidade de vida nossa, dos professores. (E2)

É fato que nossa faculdade, cenário de nosso estudo, encontra-se carente de recursos humanos; do corpo de professores, alguns estão afastados, outros, mesmo com problemas de saúde, continuam trabalhando; logo, não é difícil concluir que os professores que se sentem doentes e persistem trabalhando têm grande chance de afastamento e os “saudáveis” estão sobrecarregados e com grande potencial para adoecimento.

[...] A gente, os professores na verdade têm outras atividades, não é só graduação, tá? ... é orientação na pós-graduação, orientação na graduação, no TCC, né, são outras atividades que você tem... que acaba que interfere na minha qualidade de vida... E isso vai consumindo a energia da gente de tal forma... Então em que momento eu vou cuidar de mim, da minha pessoa, né, se tou nesse estresse constante dentro da Faculdade?! (E8)

Esta fala nos leva a questionar a falta de estratégias da universidade para diminuir o estresse, a carga psíquica de

seus trabalhadores e propiciar uma qualidade de vida com exercícios, relaxamentos, informações e programas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador. Segundo Dejours<sup>9</sup>, para se ter uma qualidade de vida no trabalho é necessário: “[...] subtrair o corpo à nocividade do trabalho e permitir ao corpo entregar-se à atividade capaz de oferecer as vias melhor adaptadas à descarga da energia”.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos num momento em que o modelo neoliberal tenta imperar e fazer valer o Estado mínimo, no qual o capital privado substitui o público, que abre mão de seu compromisso com a sociedade. Por causa disso, as universidades públicas recebem cada vez menos investimentos, determinando o seu “sucateamento”, o que leva, assim, dentre outras coisas, a condições precárias de trabalho. A falta de material, de professores e a não-contratação de novos efetivos, tudo isso funciona como agravante para o desenvolvimento de desgastes e sofrimento psíquico no ambiente de trabalho.

Constatamos no estudo em questão que o significado da profissão docente está relacionado, principalmente, com a oportunidade de construir uma carreira que possibilitará um reconhecimento profissional; com uma missão, muitas vezes semelhante ao cuidado maternal, visto que a maioria dos docentes são mulheres e há possibilidade de trocas entre aluno e professor, representando um convívio que oportuniza ricas experiências e satisfação para ambas as partes.

O sofrimento psíquico no trabalho dos docentes de enfermagem está relacionado, principalmente, com a falta de recursos materiais e humanos determinado pela política de racionalização do setor público, fazendo com que os docentes fiquem submetidos a uma sobrecarga de trabalho muito grande, pois lhes é exigido um desdobramento para suprir a escassez de recursos e não deixar a qualidade do ensino cair. Isso interfere no contato dos docentes com hábitos saudáveis de vida e no relacionamento familiar. Essa realidade acaba deixando os docentes suscetíveis ao sofrimento patogênico, responsável por desequilíbrios físicos e mentais, já que a carga psíquica do trabalho não é eliminada de forma eficaz.

O salário não condiz com a dedicação exclusiva, o que acaba gerando nos professores um sentimento de

insatisfação e muitas vezes privando-os de melhores condições de vida e realização de sonhos e projetos.

As relações interpessoais conflituosas e desgastantes no ambiente de trabalho são determinadas pelas próprias condições precárias de recursos e, principalmente, pela falta de projetos e objetivos coletivos a atingir.

Os docentes reconhecem os fatores desencadeantes de sofrimento psíquico e utilizam recursos compensatórios para reduzi-los, como a realização pessoal construída no cotidiano do trabalho ou até mesmo a ironia perante as condições precárias de trabalho como forma de apaziguar esse sofrimento. Falam do prazer e satisfação como uma forma de encobrir o desgaste emocional.

Acreditamos que o desenvolvimento de estratégias sólidas direcionadas à promoção e à proteção da saúde dos professores da universidade, bem como a de todos os outros funcionários, faz-se imprescindível para reduzir as nocividades do trabalho e influir de forma significativa no processo de qualidade de vida.

### REFERÊNCIAS

1. Moura GMSS. O Estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 1992 jul./dez.; 1 (2):167-79.
2. Santos MS, Trevizan MA. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. *Nursing*, Rio de Janeiro, 2002 set.; 4 (52): 23-8.
3. Dejours C et al. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.
4. Lima Júnior JHV. Trabalho e saúde: uma abordagem psicodinâmica. *Trabalhador de Enfermagem: de anjo de branco a profissional [tese]*. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 1998.
5. Batista AS, Codo W. Crise de identidade e sofrimento. In: Codo W, Coordenador. *Educação carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p.75.
6. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p.77.
7. Olivier-Heckler C, Soratto L. Trabalho: atividade humana por excelência. In: Codo W, Coordenador. *Educação carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p.111-5
8. Antunes AV, Sant Anna LR. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 1996 jul./set.; 49 (3): 425-34.
9. Dejours C. *A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo: Cortez/Oboré; 1997. 87p.
10. Codo W, Medeiros L, Vasques-Menezes I. O conflito entre ao trabalho e a família e o sofrimento Psíquico. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
11. Bernik V. Estresse: o assassino silencioso. [Citado em: 11 Jul. 2003]. Disponível em: <http://www.epub.org.br/cm/n03/doencas/stress.htm>.

Data de submissão: 29/06/06  
Data de aprovação: 27/08/07

# GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS NA PESQUISA EM ENFERMAGEM

FOCAL GROUP AS A TECHNIQUE FOR DATA COLLECTION IN NURSING RESEARCH

GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS EN INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Tarsila Pivetta Severo<sup>1</sup>  
Adriana Dora da Fonseca<sup>2</sup>  
Vera Lúcia de Oliveira Gomes<sup>3</sup>

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, desenvolvido com o objetivo de conhecer como o Grupo Focal (GF) vem sendo utilizado em pesquisas, no campo da enfermagem. Para tanto, analisaram-se pesquisas inéditas, publicadas pela *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* e *Revista Texto e Contexto Enfermagem* – nas formas impressa e eletrônica, nos idiomas português, inglês e espanhol – no período compreendido entre 2001 e 2005. A seleção ocorreu pela leitura do resumo e metodologia de cada artigo, em um total de 20, os quais foram analisados pela comparação entre o material colhido e o preconizado pela bibliografia de referência. Percebeu-se que, na maior parte, não há sistematização da técnica e os objetivos não são claros. Notou-se, ainda, que não há predominância de temáticas, havendo estudos referentes ao processo de cuidar institucional, cuidado domiciliar, organização do trabalho, formação profissional de enfermeiras(os), processo de trabalho, saúde coletiva e validação de instrumentos de coleta de dados. Concluiu-se que a adoção do GF nas pesquisas em enfermagem, embora incipiente, tem-se mostrado promissora. Há, contudo, necessidade de maior conhecimento e divulgação acerca do uso dessa técnica para que incorreções metodológicas não prejudiquem a qualidade dos resultados obtidos.

**Palavras chave:** Pesquisa em Enfermagem; Educação em Enfermagem; Metodologia; Pesquisa Qualitativa; Grupos Focais

## ABSTRACT

This article describes an exploratory-descriptive study which was carried out to understand how focal groups are being used for research in Nursing. We examined research in the journals: *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Latino-Americana de Enfermagem* e *Texto e Contexto* in electronic and printed form written in Portuguese, English and Spanish from 2001 to 2005. The selection was made by reading the abstract and method section of each of 20 articles. The content was compared to that of the reference bibliography. It was noticed that by and large the techniques used are not systematically organized and the objectives are not clear. Furthermore, it was perceived that there are no thematic preferences and studies encompass topics as varied as institutional care, household care, work organization, the professional training of nurses, work processes, collective health, and the validation of data collection instruments. We conclude that the use of focal groups in Nursing research has a great potential. However, there is a need to improve our understanding and to disseminate the use of this technique so that methodological imperfections do not impair the quality of the results obtained.

**Key words:** Nursing Research; Education, Nursing; Methodology; Qualitative Research; Focal Group

## RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, desarrollado con el objetivo de conocer cómo se usa el Grupo Focal (GF) en investigación dentro del campo de enfermería. Para ello se analizaron artículos de investigación inéditos publicados de forma impresa y electrónica en las siguientes revistas: *Brasileira de Enfermagem*, *Latino-Americana de Enfermagem* y *Texto e Contexto Enfermagem* en portugués, inglés y español entre 2001 y 2005. La selección se efectuó por medio de lectura del resumen y metodología de cada uno de los veinte artículos que se analizaron comparando el material recogido con el indicado por la bibliografía de referencia. Se observó que en la mayoría la técnica no está sistematizada y que los objetivos no están claros. Quedó también evidente que no predomina ninguna temática, que hay estudios referentes al proceso del cuidado institucional, cuidado en domicilio, organización del trabajo, formación profesional de enfermeros(as), proceso de trabajo, salud colectiva, y validación de instrumentos de recogida de datos. Se puede concluir que la adopción del GF en investigación en Enfermería, aún siendo incipiente, sugiere ser prometedora. Debería haber más conocimiento y divulgación del uso de esta técnica para que errores metodológicos no perjudiquen la calidad de los resultados obtenidos.

**Palabras clave:** Investigación en Enfermería; Educación en Enfermería; Metodología; Investigación Cualitativa; Grupos Focales

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem na Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).  
<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da FURG.  
<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da FURG.  
Endereço para correspondência: Av. Presidente Vargas 602/401. Rio Grande/RS. Fone: 53-32338855  
E-mail: vlogomes@terra.com.br.

## INTRODUÇÃO

Uma retrospectiva histórica da enfermagem moderna permite apreender que a produção de conhecimentos no campo da enfermagem foi, desde os primórdios da profissionalização, uma preocupação constante. Assim, à medida que o foco foi se deslocando de uma questão para outra, a enfermagem foi-se inserindo na ciência e tornando-se mais científica.<sup>1</sup> Dessa trajetória, quatro focos de investigação podem ser identificados e relacionados às quatro fases descritas.<sup>2-3</sup> Todavia, é útil considerar que, no processo histórico, tais fases não se sucederam de forma linear, originando marcos. Na realidade, elas se sobrepuseram e ainda se sobrepõem.

Na primeira fase, tendo como precursora Florence Nightingale, o foco da investigação de Enfermagem centrou-se em “o que fazer?”<sup>1</sup> Uma das principais contribuições dessa época foi a publicação do livro *Notes of nursing*, em 1859. Por meio dele, Florence procurou distinguir o saber da enfermagem do saber médico.

Na segunda fase, que nos Estados Unidos ocorreu nas primeiras décadas do século XX e que em algumas localidades brasileiras ainda persiste, o foco do conhecimento de enfermagem centrou-se no “como fazer?”<sup>1</sup> Nela, a maneira de executar a técnica era mais importante que o próprio cuidado ao doente.<sup>2</sup> A habilidade e a destreza, associadas à capacidade de memorização, postura e senso de organização, eram aspectos indispensáveis à atuação profissional do(a) enfermeiro(a).

Na terceira fase, que, comparada às anteriores, foi relativamente curta, estendendo-se do final da década de 1940 até meados da década de 1960 do século XX, ocorreu o advento dos princípios científicos. Nela, a Enfermagem investigou “por que fazer?”<sup>1</sup> Nessa época, cada etapa de um procedimento passou a ser fundamentada em um princípio científico que correspondia ao porquê de sua execução. Essa característica procurou dar certa cientificidade ao trabalho da enfermagem.

A quarta fase se instaurou com a construção de teorias. Com isso, inúmeras teóricas, na tentativa de consolidar o capital científico da enfermagem, vêm refletindo, pesquisando e construindo conhecimento para responder à questão: “qual o saber próprio da enfermagem?”<sup>1</sup> Embora se reconheça que, inicialmente as teorias de enfermagem

tivessem pouca aplicabilidade fora da academia, elas possibilitaram o desenvolvimento do pensamento crítico, desencadeando profundas modificações. O enfoque do cuidado, dirigido(a) ao(à) doente e, em alguns casos, apenas ao órgão acometido, foi gradativamente centrando-se no(a) cliente, percebido(a) agora como ser humano integral, possuidor de necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.<sup>1:77</sup>

Em concomitância e de forma indissociável com a evolução do conhecimento produzido, o processo de cuidar no campo da enfermagem também evoluiu. As ações predominantemente curativas mesclaram-se às ações promotoras de saúde, de modo que o cuidado individual ao paciente hospitalizado passou a ser insu-

ficiente para atender às demandas do novo contexto. Programas de atenção básica de saúde foram sendo implementados em níveis nacional e internacional, bem como, com eles, diferentes ações de educação em saúde passaram a ser operacionalizadas.

Da Carta de Ottawa, resultante da Conferência Internacional de 1986, depreende-se que a promoção da saúde constitui o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Conseqüentemente, para promover saúde, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, amplia-se a concepção de promoção da saúde, que passa a incluir a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

Nesse sentido, o(a) profissional da enfermagem passou a reconhecer que em grupo se consegue

avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver mais harmonicamente com sua condição de saúde, além de promover um viver mais saudável.<sup>2:98</sup>

Dessa forma, trabalhar com grupos foi-se constituindo em uma prática freqüente e valorizada<sup>5</sup> tanto para a promoção de saúde como para o desenvolvimento do ensino, da extensão e da pesquisa. Para subsidiar essa nova modalidade de cuidar, conhecimentos precisavam ser produzidos.

Investir em ações grupais passou a ser uma necessidade premente no campo da enfermagem. Como conseqüência, vem crescendo o número de pesquisas cujos sujeitos são componentes de grupos, entre eles, os de gestantes, adolescentes, pacientes com problemas crônicos, em pré e pós-operatório. No que se refere a idosos(as), esse tipo de atividade vem sendo enfatizado juntamente com a necessidade de disponibilização de serviços de apoio comunitário, visando promover o convívio social e o envelhecimento com participação ativa e qualidade de vida.<sup>6</sup>

Assim, novas metodologias precisam ser implementadas, incluindo modalidades de coleta de dados específicas para apreender objetos de estudo advindos de diferentes grupos. Reconhecendo a técnica de Grupo Focal como uma forma de coleta de dados que possibilita a apreensão de diferentes objetos de estudo nos mais diversificados cenários, optou-se por realizar esta pesquisa com o objetivo de conhecer como o grupo focal vem sendo utilizado na coleta de dados de investigações efetuadas no campo da enfermagem.

## O GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Robert K. Merton, influente sociólogo do século XX, falecido aos 92 anos de idade, foi o criador do Grupo Focal (GF). Com uma trajetória investigativa de mais de

setenta anos, Merton foi o primeiro sociólogo agraciado com a Medalha Nacional de Ciência, dos Estados Unidos, em 1994. Esse pensador interessou-se por diversificadas temáticas, dentre elas o funcionamento da mídia e sua repercussão na população, o racismo, as perspectivas sociais tanto dos incluídos quanto dos excluídos, além de outras. Anos depois de ter criado o GF, Merton lamenta seu uso inadequado e a não-aquisição de direitos autorais sobre essa técnica.<sup>7</sup>

O GF é uma técnica específica de coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas grupais. O traço de distinção do GF “é o uso explícito da interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam menos acessíveis fora do contexto de interação que se encontra no grupo”.<sup>8:410</sup> O GF pode ainda ser definido como “uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo”.<sup>9:258</sup>

Essa modalidade de coleta de dados é apropriada para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos. Nessa perspectiva,

a interação do grupo pode gerar emoção, humor, espontaneidade e intuições criativas. As pessoas nos grupos estão mais propensas a acolher novas idéias e a explorar suas implicações. Descobriu-se que os grupos assumem riscos maiores e mostram uma polarização de atitudes – um movimento para posições mais extremadas. Com base nestes critérios, o grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vistas dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros.<sup>10:76</sup>

Várias são as diferenças da discussão desencadeada em um GF para a discussão espontânea. Dentre elas, salienta-se que no GF os(as) integrantes são convidados(as) a participar com uma finalidade específica; o tema não emerge do grupo, mas do(a) pesquisador(a); a conversa ocorre na presença de um(a) moderador(a), que procura facilitá-la, e o local dos encontros não deve ser familiar aos participantes.<sup>8:410</sup>

O GF apresenta várias vantagens, como oportunizar ao pesquisador o conhecimento de “atitudes, comportamentos e percepções dos pesquisados ‘in loco’” além de reduzir os custos e o tempo gasto se comparado com outras técnicas.<sup>11:395</sup> O GF permite, ainda, que se obtenha para análise um material que não surgiria em uma conversa casual, tampouco em resposta a perguntas previamente formuladas pelo(a) investigador(a).<sup>8:411</sup>

A bibliografia consultada apresenta parâmetros definidores da estrutura dos GF<sup>7-15</sup>, os quais incluem a composição do grupo; o número de grupos; o número de participantes; o número, a duração, o local e o ambiente das sessões; a forma de disposição dos(as) participantes; a forma de registro dos dados e de apresentação dos resultados. Assim, embora haja uma sistematização para o GF, esta apresenta flexibilidade em alguns aspectos e até mesmo dissonâncias em outros.

• **Composição do grupo** – Em linhas gerais, os grupos devem conter um(a) moderador(a), que é o(a) catalisador(a) da interação social entre os(as) participantes,

comumente o(a) próprio(a) pesquisador(a) faz este papel<sup>10</sup>; um(a) observador(a), cuja função é avaliar a condução da técnica; e demais participantes, cuja escolha é intencional no que se refere a sexo, idade, estado civil, escolaridade, dentre outras características, ou seja, a seleção é feita de acordo com os objetivos do estudo.

A figura do(a) observador(a) nem sempre é obrigatória; nesses casos o(a) moderador(a) conduz a técnica integralmente.<sup>10</sup>

• **Número de grupos** – Deve ser definido em função das variáveis analisadas. Recomendam-se, pelo menos, dois grupos para cada uma. Pode ainda ser necessária a divisão de um grupo quando o número de componentes exceder a 15, visando equilibrar as idiosincrasias.<sup>12</sup>

• **Número de participantes** – Oscila entre o mínimo de 6 e o máximo de 15, escolhidos(as) por apresentarem pelo menos um traço comum.<sup>12</sup> Embora haja registro de que o GF tradicional deva ser composto por pessoas desconhecidas anteriormente, essa não é uma precondição. “Na verdade, há vezes em que a familiaridade anterior é uma vantagem”.<sup>10:82</sup> Assim, o grupo pode ser preexistente ou organizar-se para o objetivo da investigação.

• **Número de sessões** – Não há padrão rígido. Há casos em que um ou dois encontro(s) com cada grupo é (são) suficientes; há outros em que são necessários mais encontros para que os objetivos sejam atingidos.<sup>12</sup> Na realidade, ele varia de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa.<sup>14</sup>

• **Duração das sessões** – O período preconizado é de até duas horas.<sup>10,13</sup> Nesse intervalo, a população mostra-se acessível e interessada em participar. Períodos superiores podem ocasionar cansaço e desgaste mental, prejudicando o alcance dos objetivos e dos resultados.<sup>12,15</sup>

• **Local das sessões** – Deve ser neutro, de fácil acesso e, de preferência, fora do ambiente de trabalho.<sup>11</sup>

• **Ambiente de realização das sessões** – É necessário que seja agradável, descontraído e livre de ruídos para a captação das falas, uma vez que as discussões são gravadas e transcritas. Para facilitar a participação e a interação do grupo, “os participantes e o moderador sentam-se num círculo, de tal modo que possa haver um contato frente a frente entre cada um”.<sup>10:79</sup> É recomendado, ainda, que, quando existe a figura do(a) observador(a), este(a) e o(a) moderador(a) evitem sentar-se próximos um(a) do(a) outro(a) e que façam rodízio em todos os encontros, ou melhor, que os lugares não sejam fixos.<sup>13</sup> Após acomodarem-se “a primeira tarefa do moderador é apresentar-se a si próprio, o assunto e a idéia de uma discussão grupal”.<sup>10:79</sup>

• **Forma de registro** – Os dados coletados devem ser registrados por meio da gravação de voz ou imagem e complementados pelas anotações do(a) observador(a).

• **Apresentação dos resultados** – É indispensável, na apresentação dos resultados, a inclusão das falas literais dos(as) participantes, no entanto o anonimato deve ser mantido para atender a uma das exigências da Resolução 196/96<sup>16</sup> que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

• **Associação com outras técnicas** – Em algumas investigações, torna-se necessário complementar os dados pela associação com outras técnicas de coleta.<sup>9,15</sup>

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado pela análise das pesquisas inéditas, com dados colhidos por meio de GF e publicadas na *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, na *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, ambas com classificação B Internacional pelo Qualis da Enfermagem, e na *Revista Brasileira de Enfermagem*, com classificação C Internacional pelo mesmo Qualis. Analisou-se tanto o material publicado na forma impressa quanto na eletrônica, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período compreendido entre 2001 e 2005. Para a seleção do material, efetuou-se a leitura do resumo e da metodologia de cada um dos artigos.

Submeteu-se o material selecionado ao Método de Leitura Científica, que obedece aos seguintes passos:

- **visão sincrética:** consiste na leitura de reconhecimento, cujo objetivo é localizar as fontes numa aproximação preliminar sobre o tema e a leitura seletiva localizando as informações de acordo com os propósitos do estudo;

- **visão analítica:** compreende a leitura crítico-reflexiva dos textos selecionados acompanhado de reflexão, na busca dos significados e na escolha das idéias principais;

- **visão sintética:** constitui a última etapa do Método de Leitura Científica, concretizada mediante a leitura interpretativa.<sup>17</sup> Realizou-se um estudo comparativo entre os artigos pesquisados, verificando-se semelhanças e diferenças quanto ao emprego da técnica do GF.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos artigos que compõem o universo deste estudo, três foram publicados pela *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, sete pela *Revista Latino-Americana de Enfermagem* e doze pela *Revista Brasileira de Enfermagem*. No entanto, constatou-se que dois deles foram veiculados tanto pela *Revista Latino-Americana* quanto pela *Revista Brasileira de Enfermagem*. Optou-se por analisar os mais atuais; assim, a amostra deste estudo compôs-se por 20 artigos. Para a apresentação dos resultados efetuou-se, inicialmente, uma análise da abordagem adotada pelos(as) autores(as), percebendo-se que 17 adotaram a abordagem qualitativa, enquanto o restante a associou à quantitativa. É útil referir que o GF é considerado uma das técnicas “mais apropriadas para coleta de dados em pesquisas qualitativas”.<sup>9: 258</sup> Portanto, “por sua fundamentação na discursividade e interação, inscreve-se na tradição dialética, pressupondo a construção de conhecimento em espaços de intersubjetividade”.<sup>18: 134</sup> Dessa forma, pelo caráter subjetivo de investigação, a abordagem quali/quantitativa é contra-indicada, já que a “pesquisa qualitativa caracteriza-se por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos”.<sup>14: 10</sup> A seguir, é apresentada a forma de sistematização do GF que vem sendo adotada no campo da enfermagem, bem como o teor das investigações que adotaram essa técnica para a coleta de dados.

### Sistematização do Grupo Focal

Nessa categoria, analisou-se a composição do GF; o número de participantes por grupo; o número de sessões; a duração das sessões; o local dos encontros e o ambiente em que foram realizados; a forma de disposição dos(as)

participantes; a forma de apresentação dos resultados; bem como a associação com outras formas de coleta de dados.

- **Composição do GF** – Conforme a literatura consultada, ao se optar pelo GF, é imprescindível que exista a presença do(a) moderador(a) e/ou do(a) observador(a). Estes elementos são considerados essenciais para que se consiga a interação, a coesão e a harmonia entre o grupo. Isso porque cabe ao(a) moderador(a) “encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres [...] manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desvia dele”.<sup>12: 473</sup> Já o(a) observador(a) “é encarregado(a) de captar as informações não verbais expressas pelos participantes e, ao final, ajudar o(a) moderador(a) a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão”.<sup>12: 473</sup> No entanto, apreendeu-se que a composição do grupo foi um aspecto de pouca relevância, pois em somente oito artigos houve referência à presença de um desses elementos.

- **Número de grupos** – O número de grupos organizados foi variado, havendo doze estudos com um GF; três com dois, um com três, dois com quatro e um com seis GF. Houve, ainda, um que não especificou a quantidade de grupos. Percebeu-se que, em consonância com a indicação bibliográfica, os(as) pesquisadores(as) adotaram diferentes critérios para a formação dos grupos, visando facilitar a apreensão do objeto a ser estudado. Dentre eles, citam-se a faixa etária, a categoria profissional, a função acadêmica docente/discente e a função exercida no Programa de Saúde da Família. Houve, ainda, estudos cuja descrição não permitiu identificar o critério adotado para a formação dos GF:

Os grupos focais foram realizados em quatro unidades da Corporação da Polícia Militar, em Natal-RN, sendo elas: Complexo policial Norte (batalhão de choque), 1ª Companhia de Trânsito, 5º Batalhão e Banda de Música, no período de março a junho de 1998, perfazendo um total de 12 encontros com um total de 142 participantes.<sup>19: 49</sup>

- **Número de participantes por grupo** – Embora seja recomendável que os grupos tenham entre seis e quinze integrantes<sup>12</sup>, apenas onze autores(as) adotaram esse critério, encontrou-se grupos com cinco elementos e grupos cujo tamanho não foi claramente descrito:

Participaram do estudo 29 enfermeiras, 91 auxiliares de enfermagem e 42 agentes de saúde que trabalham na Regional Norte de Saúde.<sup>20: 549</sup>

- **Número de sessões** – *A priori*, não há regras estipuladas quanto ao número ideal de sessões que devem ser realizadas, mas a técnica do GF prima pelo esgotamento do tema. Nesse sentido, nove estudos foram realizados com até cinco sessões; os demais foram desenvolvidos em seis, oito, doze e sessenta sessões. Este último, na realidade, tratava-se de uma capacitação para contadores de histórias realizadas ao longo de um ano, o que não parece caracterizar um GF. Em seis pesquisas esse dado não foi explicitado.

• **Duração das sessões** – Para os(as) autores(as), dos trabalhos analisados, o critério tempo foi pouco relevante, pois apenas doze o explicitaram. Destes, quatro ultrapassaram o limite de duas horas o que desencadeia cansaço, desinteresse, dificulta a concentração dos(as) participantes e, conseqüentemente, prejudica a qualidade dos dados coletados.

• **Local das sessões** – A maioria não explicitou, seis realizaram os encontros no local de trabalho e apenas três tiveram o cuidado em providenciar um local neutro, ou seja, diferente do ambiente de trabalho como o descrito a seguir:

Em cada grupo, uma equipe de saúde da família que foi convidada a se reunir no espaço de uma igreja da área onde atuava.<sup>21:175</sup>

• **Ambiente de realização das sessões** – A recomendação de selecionar lugares cômodos e tranquilos, não constrangedores, onde o grupo pudesse trabalhar com privacidade,<sup>9</sup> não pôde ser analisada pelas pesquisadoras pela falta de informação em dezoito dos estudos. Dos que descreveram o ambiente, um o fez de forma incompleta e o outro registrou apenas que em todos os encontros houve:

[...] tensão e ansiedade entendidas como reação à situação nova, quanto à organização das pessoas em grupo e à gravação em vídeo.<sup>22:48</sup>

• **Forma de disposição dos(as) participantes** – A riqueza dos dados colhidos pode variar em função da organização do espaço físico. A bibliografia consultada indica que se “deve objetivar a participação e interação do grupo, de maneira que todos estejam dentro do campo de visão entre si e com o(a) moderador(a), isso fomentará a interação e o sentimento de fazer parte do grupo”.<sup>14:11</sup> O ideal é que os(as) participantes se sentem em círculo.<sup>10</sup> Apenas um, dos vinte trabalhos analisados, descreveu a disposição interna dos(as) componentes no grupo.

As autoras ao comentarem sobre o desempenho do grupo por elas coordenado, referem:

A sala onde ocorreram os encontros era pequena, obrigando os participantes a sentarem-se próximos, numa distância íntima [que vai do toque até 45 cm]; os acessórios como bolsa e casaco eram colocados numa cadeira a parte, solicitado pela coordenadora do grupo, o que provocou distorções na dinâmica das relações humanas e na expressão espontânea das pessoas.<sup>22:48</sup>

• **Associação do GF com outras técnicas de coleta de dados** – Conforme indicação bibliográfica, o GF pode ser associado a outras técnicas de coletas de dados, sendo indicada essa associação, principalmente, nos estudos em que foi realizado apenas um encontro. Dentre os trabalhos analisados, em quatorze as técnicas de entrevista individual, questionário, análise de documento, observação participante e discussão em grupo foram adotadas como complemento ao GF. Seis utilizaram apenas

a técnica do GF, sendo que, em um deles realizou-se apenas um encontro, sem justificar a não associação com outras técnicas metodológicas.

• **Forma de registro** – Em nove estudos evidencia-se o uso de áudio e em dois, da gravação em vídeo como forma de registro dos dados. Nos demais não há essa descrição. Embora a bibliografia não faça menção a esse detalhe, há necessidade de obter as falas literais para ilustração dos resultados.

• **Apresentação dos resultados** – Embora seja preconizada a necessidade de apresentação dos resultados por meio das falas dos sujeitos, em cinco estudos os dados foram parafraseados. Dos quinze que seguiram a recomendação, quatro descumpriram a Resolução nº 196/96<sup>16</sup>, sendo que em dois as falas foram identificadas com o nome próprio do(a) informante e outros dois as identificaram pela categoria profissional, no entanto, ao incluírem seu local de trabalho, possibilitaram sua identificação pelo reduzido tamanho do grupo.

#### Teor das investigações

Analisando os objetivos dos artigos que integram esta pesquisa, percebe-se que a técnica do GF tem servido para dar respostas a distintas questões investigativas e, conseqüentemente, contribuir para a produção do conhecimento nas mais diversas áreas do saber no campo da enfermagem. Percebeu-se, ainda, que não há predominância de temáticas, havendo estudos que fomentaram a produção do conhecimento referente ao processo de cuidar institucional, outros ao cuidado domiciliar, da mesma forma que há alguns atinentes à organização do trabalho de enfermagem; ao prazer e ao sofrimento gerados pelo trabalho em enfermagem; à associação entre teoria e prática de enfermagem; à formação profissional de enfermeiras(os); ao estabelecimento de diagnóstico de enfermagem; ao processo de trabalho em enfermagem; à prática profissional em saúde coletiva. Outros referem-se ao consumo de drogas entre a população jovem, à prevenção das DST/aids entre policiais militares e à percepção de idosos(as) sobre o envelhecimento. O GF focal foi também adotado para a validação de instrumento de coleta de dados.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que a utilização da técnica do GF para coleta de dados em pesquisas realizadas no campo de enfermagem vem crescendo nos últimos anos. Acredita-se que um dos fatores que estejam contribuindo significativamente para utilização dessa prática investigativa seja a tendência da enfermagem para atuar com grupos da comunidade. Mesmo não sendo o objetivo primeiro, durante a realização das sessões grupais, os(as) integrantes opinam, refletem e se posicionam a respeito do foco do estudo, de forma que conceitos vão sendo reforçados, reformulados ou, ainda, substituídos. Novas modalidades de cuidado e de autocuidado podem ser desencadeadas, interferindo na saúde e na qualidade de vida das pessoas. De igual forma, reflexões sobre educação em saúde, incluindo os tabus e preconceitos que nela interferem, vão sendo incitadas.

Por outro lado, no que se refere à sistematização dos GFs, é indispensável a adoção de critérios tanto para a formação dos grupos quanto para a operacionalização das sessões. Além disso, o registro inadequado e a imprecisão na definição dos objetivos, como os que se verificaram em alguns dos estudos analisados, podem levar a resultados contraditórios, obscuros e inaplicáveis.

Assim, a adoção do GF, nas pesquisas em enfermagem, embora incipiente, tem-se mostrado promissora. Há, contudo, necessidade de maior conhecimento e divulgação quanto ao uso dessa técnica para que incorreções metodológicas não prejudiquem a qualidade dos resultados.

### REFERÊNCIAS

1. Gomes VLO. A interpretação do cuidado de Enfermagem à criança em creches, pela ótica de Pierre Bourdieu [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
2. Almeida MCP, Rocha JSYR. O saber da Enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986. 128p.
3. Meyer DE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.63-78.
4. Gentile M. Promoção da saúde e município saudável. São Paulo: Vivere; 2001.
5. Silva DGV, Francione FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di Lourenzo, VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2003 jan./abr.; 12(1): 97-103.
6. Lemos M, Souza NRde, Mendes MMR. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. *REME Rev Min Enferm.* 2006 jul./set.; 10(3): 218-25.
7. Merton RK. Sociólogo versátil e criador do grupo focal, falecido aos 92 anos. *Revista Enfoques [biografia]* 2003 jul.; 2(1) [Citado em 18 jul. 2006]. Disponível em: <http://www.enfoques.ifcs.ufrj.br/junho03/06.html>
8. Banchs MA. Representaciones sociales en proceso: su análisis a través de grupos focales. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, Organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.* João Pessoa: UFPB/ Editora. Universitária; 2005. p.401-23.
9. Leopardi MT, Beck CLC, Nietsche EA, Gonzales RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001.
10. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005. p. 72-88.
11. Meier MJ, Kudlowicz S. Grupo focal: uma experiência singular. *Texto Contexto Enferm.* 2003 jul./set.; 12(3): 394-9.
12. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Of Panam Saúde.* 1996; 120 (6): p.472-81.
13. Ressel LB, Gualda DM, Gonzáles RMB. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *Int J Qualitat Methods* 2002; 1 (2). [Citado em 22 jul. 2006]. Disponível em [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1\\_2Final/html/ressel.html](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/html/ressel.html)
14. Aschidamini IM, Saube R. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm.* 2004 jan./jun.; 9 (1): 9-14.
15. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* 1999 jan.; 20 (1): 5-25.
16. Brasil. Resolução n°. 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 10 out. 1996.
17. Cervo AI., Bervian PA. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
18. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicol Rev.* 2004 jun.; 10 (15): 124-36.
19. Costa EO, Germano RM. Relações assimétricas: sexualidade, saúde e poder em militares. *Rev Bras Enferm.* 2004 jan./fev.; 57(1): 48-52.
20. Schimizu HE, Santos ER. Caracterização das atividades de enfermagem em saúde coletiva desenvolvidas na Regional Norte de saúde do Distrito Federal. *Rev Bras Enferm.* 2001 out./dez.; 54 (4): 548-57.
21. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Rev Latino-am Enferm.* 2005 mar./abr.; 13(2): 173-9. [Citado em 19 jul. 2006]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
22. Paegle SO, Silva MJP. Análise da comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomia por câncer de intestino em grupo focal. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005 jan./fev.; 13(1): 46-51. [Citado em 19 jul. 2006]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1692005000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692005000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Data de submissão: 11/06/07  
Data de aprovação: 13/11/07

# GERENCIAR EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO À LUZ DAS IDÉIAS DE HUMBERTO MATURANA

NURSING MANAGEMENT: A DISCUSSION IN THE LIGHT OF THE IDEAS OF HUMBERTO MATURANA

ADMINISTRAR EN ENFERMERÍA: UNA REFLEXIÓN A LA LUZ DE LAS IDEAS DE HUMBERTO MATURANA

Silviamar Camponogara<sup>1</sup>  
Vania Marli Schubert Backes<sup>2</sup>

## RESUMO

Vivemos um momento em que as transformações intensas na sociedade exigem uma reorientação de muitas concepções e práticas, especialmente levando-se em consideração o pressuposto de que estamos em uma modernidade reflexiva. Essa postura de revisão se faz muito necessária na área do gerenciamento, no sentido de questionar seus fundamentos, especialmente considerando a necessidade de uma abertura à participação das emoções. A enfermagem, como campo do conhecimento e da prática que absorve pressupostos da área da administração, igualmente precisa refletir sobre a importância de agregar a emoção em sua práxis. Assim, neste texto objetiva-se refletir sobre o gerenciamento em enfermagem, buscando evidenciar pontos de discussão que permitam valorizar, mediante a busca na literatura da enfermagem, as emoções em seu cotidiano, como forma de contextualizar e historicizar a prática administrativa e gerencial em enfermagem, alavancando pontos para reflexão e discussão com base, principalmente, no pensamento de Humberto Maturana. Por meio de uma retrospectiva sobre a evolução do ensino e da prática gerencial em enfermagem, verifica-se a predominância da burocratização, da disciplina e da racionalidade técnico-instrumental. Nesse sentido, agregar a emoção como fundamento da razão, de acordo com o entendimento de Humberto Maturana, é indispensável para contribuir na construção de relações éticas e solidárias, condizentes com um enfermeiro com competência ético-política e relacional.

**Palavras-chave:** Educação em Enfermagem; Administração de Serviços de Saúde; Emoções

## ABSTRACT

We live at a time when intense changes in society demand the redirection of many concepts and practices, especially given that we are in a time of modern reflection. This attitude of review is necessary in management, questioning the foundations, especially considering the need to be sensitive to the role of emotions. Nursing, as a field of knowledge and practice that involves elements of administration, must also reflect on the importance of including emotion in its practice. Therefore, this text reflects on nursing management, seeking to raise issues that make it possible to value, in the light of nursing literature, emotions in the daily routine, as a way of contextualizing and historically placing administrative and management practice in nursing, leveraging points for reflection and discussion based mainly in the thinking of Humberto Maturana. Examining the background of the evolution of teaching and management practice in nursing, we find that bureaucracy, discipline and technical-instrumental rationality predominate. Therefore, including emotion as the foundation of reason, according to Humberto Maturana, is indispensable to contribute to build ethical relationships suitable for a nurse with ethical, political and relational competence.

**Key words:** Education; Nursing; Health Services Administration; Emotions

## RESUMEN

Vivimos un momento en que las intensas transformaciones en la sociedad exigen reorientar muchas concepciones y prácticas, sobre todo si consideramos la idea de que estamos en una modernidad reflexiva. Esta postura de revisión se hace necesaria en el área de gestión en el sentido de cuestionar sus fundamentos, especialmente considerando la necesidad de poder manifestar más abiertamente las emociones. Enfermería, como campo de conocimiento y de práctica que incorpora conceptos del área administrativa, también precisa reflexionar sobre la importancia de agregar emoción a la práctica. El objeto del presente estudio es reflexionar sobre la gestión en enfermería buscando evidenciar puntos de discusión que permitan valorar las emociones en su día a día como forma de contextualizar y relatar la práctica administrativa en enfermería, reforzando puntos de reflexión y discusión en base, principalmente, al pensamiento de Humberto Maturana. Haciendo una retrospectiva sobre la evolución de la enseñanza y de la práctica gerencial en enfermería, se observa que predominan la burocratización, la disciplina y la racionalidad técnico-instrumental. En este sentido, agregar la emoción como fundamento de la razón, según Humberto Maturana, es indispensable para contribuir a la construcción de relaciones éticas y solidarias coherentes con el perfil de un enfermero con competencia ética, política y relacional.

**Palabras clave:** Educación en Enfermería; Administración de los Servicios de Salud; Emociones

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem/UFSC.

Endereço para correspondência: Rua dos Andradas, 1259/103 – Bairro Centro Santa Maria – RS – CEP – 97010-031.  
E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br

### CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

A contemporaneidade tem sido marcada pelos reflexos das rápidas e intensas transformações sofridas, principalmente, a partir dos séculos XVIII e XIX. A crença no progresso, oriunda da primazia da racionalidade instrumental, corroborou para a configuração de uma concepção de ser humano que supervaloriza a cognição e o preparo técnico, bem como a objetividade e a mecanização em diversas esferas do conhecimento. Assim, a sociedade moderna pôde dar asas a um projeto de grande repercussão, especialmente do ponto de vista tecnológico. Contudo, na contramão desse projeto, muitos aspectos importantes ficaram obscurecidos e muitas conseqüências surgiram, implicando necessária reorientação de muitas concepções e práticas.

Surge, assim, o contexto de reflexividade, quando a sociedade se torna um tema para ela própria. Isso leva a uma reforma da racionalidade que abre espaço para a dúvida, algo necessário não só à ciência e que fragiliza o pressuposto da verdade incontestável vigente até o momento. Percebe-se que os pressupostos epistemológicos que até então têm ancorado o pensamento científico já não são o único porto seguro. A reflexividade abre portas para novas formas de ver a realidade e, portanto, de construção do conhecimento e da existência humana, especialmente considerando-se a perspectiva disjuntora e reducionista ainda predominante.<sup>1</sup>

Dessa forma, pode-se dizer que um grande movimento de desejo de mudança, com base em um processo de reflexividade, se faz sentir em muitas áreas do conhecimento, mais fervoroso no âmbito das ciências sociais e humanas. A área de gerenciamento<sup>3</sup> integrante desse campo vem desenvolvendo um debate intenso, no qual se questiona o comportamento humano nas organizações mediante a contestação da concepção instrumental e manipuladora do ser humano, buscando captar a complexidade e riqueza da experiência humana.<sup>2</sup>

Assim, quando falamos no mundo do trabalho em geral, sentimos o reflexo desse contexto, fruto do processo de mecanização, parcelamento e burocratização. O trabalhador vê-se numa posição de submissão às imposições organizacionais que roubam sua autonomia de ser/agir e, com isso, a satisfação e o prazer de trabalhar. "Como máquina, a pessoa fica sendo conhecida pelo que faz e não pelo que é".<sup>3-10</sup> Diante desse contexto, as mudanças desejáveis para o futuro envolvem a necessidade de contrabalançar a supremacia absoluta da racionalidade, que valoriza o objetivo, racional e lógico, restringindo a capacidade de abertura para outros modos de pensar e ver as situações e descobrir alternativas interessantes, originais e também adequadas. Torna-se fundamental a busca de uma atitude interdisciplinar, em que mente e corpo, intelecto e emoção sejam integrados. As emoções, em especial, são hoje consideradas tão válidas quantas idéias e conhecimentos em qualquer situação humana.<sup>4</sup>

Ao focalizarmos nosso olhar no mundo do trabalho da enfermagem, podemos estabelecer forte vinculação entre a questão anteriormente mencionada e o cotidiano laboral presente na profissão. A enfermagem, no bojo do

seu processo de profissionalização, foi estabelecendo sua prática no âmbito das organizações de saúde e, com isso, se apropriando de competências e habilidades gerenciais. A prestação do cuidado, portanto, exige que o enfermeiro exerça o gerenciamento, ligado diretamente ao planejamento da assistência, que envolve tanto a realização de cuidados a clientes e familiares, como a gestão de material, de recursos humanos, dentre outros. Sabe-se que essa prática está mergulhada em um contexto histórico-social inerente ao desenvolvimento da própria profissão e ajustado a questões culturais específicas, como também sofre a influência das concepções teórico-conceituais que balizam o desenvolvimento da humanidade.

Podemos adiantar que a enfermagem e a prática gerencial a ela inerente têm sido fortemente marcadas pela racionalidade instrumental e burocrática, furtando-se de desenvolver outras habilidades importantíssimas para a profissão. O cuidado de enfermagem, expressão do trabalho de toda a equipe de enfermagem, é alvo de críticas relacionadas à forma mecanicista e burocratizada como é desenvolvido, sofrendo, em conseqüência, questionamentos sobre os recursos e instrumentais utilizados para a sua consecução. Destacamos, aqui, sua base conceitual e os recursos humanos que concretizam essa ação de cuidar, ambos ainda muito apegados a paradigmas tradicionais, em detrimento de aspecto do viver humano relacionado à subjetividade, à sensibilidade, enfim à complexa teia de interações que constituem o ser humano e o seu viver.

Contemporaneamente, para o exercício do gerenciamento em enfermagem, é necessário que o profissional incorpore uma série de competências e habilidades, relativas ao conhecimento teórico propriamente dito, bem como relacional, ética, política, dentre outras. Além disso, é fundamental que a profissão desenvolva novas formas de gestão, mais coerentes com as demandas exigidas para o exercício do cuidado ao ser humano.

Uma mudança de percepção é necessária, mas não é fácil, uma vez que a busca prioritária pela racionalidade instrumental levou à negligência de tantos outros aspectos. Demarcamos com maior ênfase o emocional, fundamental para uma reorientação do modo de perceber a realidade. Na infância, por exemplo, a educação está baseada em regras de comportamento e conduta, o que tem seqüência na escola, nas diversas etapas da formação do indivíduo, havendo pouca ou nenhuma preocupação com as emoções.<sup>5</sup> Isso gera reflexos em toda a conduta humana, nas diversas áreas de atuação, já que desconhecendo e desvalorizando as emoções em seu agir, o indivíduo fica à mercê de um contexto massificador, que tende a inibir o seu potencial de ação.

Embora, atualmente, alguns estudiosos já compreendam as emoções como componente essencial das decisões e resoluções de problemas, ainda há certa dificuldade em inserir essa discussão no âmbito das diversas áreas do conhecimento. Um dos pensadores que têm contribuído para esse debate é o biólogo chileno Humberto Maturana, ao defender que todo sistema racional tem fundamento emocional e que não há ação humana sem uma emoção que a estabeleça como tal e a torne possível como ato.<sup>6</sup>

Partindo dessas constatações, sentimos a necessidade de refletir sobre a inserção da enfermagem nessa discussão, focalizando especificamente o aspecto do

<sup>3</sup> O termo "gerenciamento" será preferencialmente utilizado neste artigo, tendo em vista que abarca uma concepção mais abrangente da prática administrativa e que têm sido mais utilizado por diversos autores.

gerenciamento em enfermagem. Assim, se como gerenciadores do cuidado temos pautado nossa práxis em pressupostos ligados a um viés mais conservador e tradicional da administração, inevitavelmente temos também negligenciado o aspecto emocional em nosso agir. Essa percepção mobiliza uma série de inquietações, pois a prática tem demonstrado que precisamos, como profissionais da enfermagem, ultrapassar algumas barreiras impostas pelo pensamento cartesiano. Além disso, o cuidado e o gerenciamento da assistência não estão ligados a fatores puramente cognitivo-instrumentais, mas, sim, dependem de um conjunto de aspectos, dentre os quais o emocional.

Diante do exposto, temos como objetivo, neste texto, refletir sobre o gerenciamento em enfermagem, buscando evidenciar pontos de discussão que permitam a valorização das emoções na práxis de enfermagem. O estudo está orientado por uma busca na literatura da enfermagem como forma de contextualizar e historicizar a prática administrativo-gerencial em enfermagem, alavancando pontos para reflexão e discussão com base, principalmente, no pensamento de Humberto Maturana.

#### UM OLHAR PARA A HISTÓRIA DO ENSINO DA ADMINISTRAÇÃO DE ENFERMAGEM

O saber administrativo está presente na prática de enfermagem desde a sua institucionalização, legitimado pelo trabalho e organização da profissão. O resultado mais imediato da incorporação desse saber está atrelado à divisão técnica do trabalho: alguns administrando e outros executando o cuidado. Assim, os saberes técnicos e administrativos se constituíram em instrumentos para a profissão e as bases de um trabalho fragmentado e parcelar foram se estruturando.<sup>7-11</sup>

Nesse sentido, o ensino de enfermagem também foi incorporando elementos que pudessem subsidiar essa prática, absorvendo concepções oriundas, dentre outras, da área da administração. Desde a primeira reforma curricular no ensino da enfermagem, em 1949, pode-se observar uma preocupação com o rigor instrumental, centrada no “adestramento” de pessoal.<sup>7,9</sup> Constata-se, assim, que a formação estava orientada para a aquisição de habilidades instrumentais, e isso é reforçado, a partir das décadas de 1950 e 1960, com a incorporação da concepção tayloriana no ensino e no trabalho da enfermagem, reforçando a preocupação com procedimentos e com questões relacionadas a aspectos estruturais (escalas de serviço, gestão de materiais).<sup>7,11</sup>

A segunda reforma curricular no ensino de enfermagem, em 1962, viabilizou o ensino da administração em uma única disciplina, em um contexto de franca expansão do modelo capitalista, enfatizando os princípios de Taylor e Fayol como forma de levar a cabo o ideal da especialização, privatização e concentração de renda.<sup>7</sup> Mais uma vez a preocupação estava focalizada na aquisição de habilidades cognitivo-instrumentais. A complexificação das organizações hospitalares e a ênfase na divisão social e técnica do trabalho são expoentes nesse contexto.<sup>12</sup> A partir de 1972, com a estruturação do currículo em pré-profissional, profissional e habilitações, a administração ficou alocada no tronco profissional, mas manteve a lógica

da racionalização e do controle. No entanto, nessa conjuntura começam a surgir conteúdos que valorizavam aspectos relacionados com a Escola das Relações Humanas de Elton Mayo, tais como liderança, comunicação e motivação.<sup>7</sup> Contudo, não houve um reflexo significativo na prática administrativa de enfermagem.

A partir da década de 1970, o Brasil viveu um contexto de aumento da morbimortalidade da população por doenças preveníveis e degenerativas e de intensificação do modelo biomédico. Diante disso, a enfermagem continua enfatizando uma prática centrada em instrumentos e métodos de produtividade, avaliação de relações custo/benefício, utilização de parâmetros quantificáveis para a assistência, de acordo com os interesses burocráticos do Estado e a lógica do setor privado. Já na década de 1980, a luta pela redemocratização, impulsionou as discussões curriculares em várias áreas, até mesmo na enfermagem. Somente em 1994 foi estabelecida uma nova reforma curricular, a qual determinou uma carga horária mínima de 15% para o ensino de administração nos cursos de enfermagem.<sup>7</sup>

Contudo, sabe-se que para efetividade de um ensino de administração mais ajustado a uma formação que valoriza diversos aspectos do futuro profissional, deve haver uma profunda modificação em outros aspectos da profissão, o que exige uma revisão das bases em que ela se assenta. Segundo pesquisa realizada com vista a identificar a ideologia dominante na educação de enfermagem no Brasil, verificou-se que dos artigos publicados na *Revista Brasileira de Enfermagem*, entre 1955 e 1980, os relacionados à administração aparecem em segundo lugar, mas com ênfase na disciplina e no controle.<sup>9</sup>

A burocratização também é registrada como marcante no trabalho da enfermagem, assumida acriticamente pelos enfermeiros, o que parece persistir até hoje. Pesquisa recente, com base em análise documental de disciplinas de administração das escolas de enfermagem da grande São Paulo, aponta para a manutenção de um ensino pautado numa visão funcionalista, enfatizando aspectos burocrático-administrativos; em conceitos tradicionais, com predomínio do modelo curativo-assistencial e hospitalocêntrico; ou seja, 70% das escolas apresentam conteúdos voltados para o “velho-olhar” e capacitam o enfermeiro para gerenciar no modelo tradicional. Esses dados remetem à necessidade de uma revisão teórico-conceitual da disciplina, no sentido de investir em novas possibilidades e paradigmas, com vista a romper com o instituído.<sup>11</sup>

Ao se inserirem no mercado de trabalho, tomando como base os princípios incorporados da divisão social e técnica do trabalho, da fragmentação, atendendo prioritariamente a interesses capitalistas, os enfermeiros, tornam-se ainda mais permeáveis às influências dos conceitos provenientes da administração, burocratizando-se e garantindo a manutenção da burocracia, racionalidade e impessoalidade.<sup>13-15</sup> Assim, “[...] a enfermeira tem manifestado facilidade em moldar-se a obrigações, a disciplinas, em manter-se submissa a regras, normas e rotinas a ponto de transferi-las de meios para fins em si mesmas – o que provoca rigidez e faz surgir o excessivo formalismo e o ritualismo em seu trabalho”.<sup>14:108</sup>

Essa realidade parece muito dura e exige que as mudanças ocorram com o máximo de urgência. Entretanto, constata-se que na enfermagem as transformações na formação dos profissionais vêm ocorrendo em ritmo lento<sup>14</sup>, o que torna imperiosa a inclusão de elementos que possibilitem o desenvolvimento de outras competências nos educandos, como forma de dar vazão à dinamicidade das transformações da sociedade, bem como às demandas dela oriundas. Diante desse contexto, em 2001, por meio do Parecer nº 1133/2001, ficaram estabelecidas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)<sup>16</sup> para os cursos de graduação em enfermagem, propondo uma formação mais ampla com a aquisição de diferentes competências e habilidades. Assim, na área da administração em enfermagem, além de contemplar competências no campo técnico-científico, os alunos devem ter acesso a competências ético-políticas e socioeducativas. No entanto, apesar de para muitos representar grande avanço, alguns autores apontam críticas às DCNs, por entenderem que elas ainda mantêm implícita uma concepção tecnicista e atrelada à produção no modelo de organização capitalista do trabalho.<sup>17</sup>

Dessa forma, outro estudo recente sobre o ensino de administração, na tentativa de conhecer que competências têm sido contempladas na formação profissional, deixou claro que a competência de aprender a conhecer superou a do fazer. Já as competências classificadas como saber ser, relacionados a postura ético-moral, tomada de decisão, autonomia, iniciativa, sensibilidade, relacionamento, foram denominados como dimensões esquecidas das competências para o gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem.<sup>14</sup>

Com isso percebe-se que, apesar de diversas mudanças curriculares, as evidências tanto em nível de formação profissional como da prática propriamente dita, apontam para um gerenciamento em enfermagem ainda muito atrelado a pressupostos tradicionais, rígidos e hierarquizados, destituindo o enfermeiro de uma postura mais proativa e autônoma. Ainda hoje temos adotado modelos gerenciais da área da produção industrial, replicando-os na área de serviços, o que retarda o desenvolvimento do conhecimento sobre novas formas de gestão. Dessa forma, torna-se necessário fundamentar a produção de conhecimentos e de novas práticas (práxis) em saúde, mais flexíveis e participativas, fundamentadas não só na razão, mas na sensibilidade e intuição. “As instituições de Saúde e a Enfermagem, nesse contexto, necessitam ampliar seus horizontes nas formas de organização do trabalho sob o risco de se tornarem ineficientes e morrerem para o motivo de sua real existência”.<sup>15:409</sup>

#### **A EMOÇÃO SOB O OLHAR DE HUMBERTO MATURANA**

Humberto Romesín Maturana nasceu no Chile, estudou medicina (Universidade do Chile) e depois biologia na Inglaterra e nos Estados Unidos. Como biólogo, seu interesse se orienta para a compreensão do ser vivo e do funcionamento do sistema nervoso, e também para a extensão dessa compreensão ao âmbito social humano. É professor do Departamento de Biologia da Faculdade de Ciências da Universidade do Chile e defende a Biologia

do Amar e do Conhecer para a formação humana, sustentando que a linguagem se fundamenta nas emoções e é a base para a convivência humana. Sua teoria tem se mostrado um terreno fértil para a compreensão de diversos fenômenos humanos, já que é considerada uma teoria do viver e do observar e, ao mesmo tempo, uma reflexão filosófica.

Para Maturana, conhecer é viver e viver é conhecer, estando o ser humano em constante congruência com suas circunstâncias, sendo que o ser e o fazer de um sistema vivo são inseparáveis, uma vez que não há separação entre produtor e produto em uma unidade autopoietica. Da mesma forma, todo conhecer é ação efetiva que permite a um ser vivo continuar sua existência no mundo.

O conceito de autopoiese é considerado o ponto alto da teoria de Maturana e por renomados estudiosos, que o apontam como essencial para o entendimento de concepções teóricas contemporâneas, especialmente as ligadas à Teoria da Complexidade. A palavra autopoiese está relacionada com a noção de que os sistemas vivos têm uma organização que é circular, a qual tem de ser conservada. Reflete a concepção de ser autoproduzido, que é constantemente afetado por perturbações, o que possibilita o desenvolvimento da auto-organização. O sistema não é uma entidade estável e definitivamente pronta, ao contrário, é uma estrutura que se estabelece em permanente processo, condicionada pelas perturbações geradoras de mudanças estruturais.<sup>18</sup>

Dessa forma, a ontogênese de um sistema, de um indivíduo, está ligada à sua própria história de vida, coerente com as mudanças estruturais do meio em que ele existe, ao qual está acoplado (acoplamento estrutural), enquanto conserva sua organização e adaptação. Há complementaridade entre sistema e meio. Alerta, com isso, que existimos no domínio de nossas interações e relações em decorrência de uma relação gerativa que resulta em domínios de ação dinâmicos. Para o autor, “[...] um ser humano não é um indivíduo senão no contexto de sistemas sociais onde ele se integra, e sem seres humanos individuais não haveria fenômenos sociais humanos”.<sup>18:193</sup> Nesse sentido, os fenômenos sociais resultam da coexistência entre os seres vivos em interação constante, espontânea e recorrente. Como seres humanos, existimos na linguagem, nosso que nos faz seres reflexivos, dando espaço ao “eu e a consciência” como modos relacionais que geram nossa individualidade.<sup>18</sup>

Como indivíduos autopoieticos, em constante interação com o meio em que vivemos (acoplados estruturalmente), temos a capacidade de observar a realidade e produzir mudanças, sendo o nosso devir o resultado de uma dinâmica de conservação e adaptação congruentes com esse meio. Somos seres históricos. Encontramos-nos em um presente que é resultado de nossa história e continuamente transformado pelo olhar reflexivo sobre esse próprio presente.<sup>18</sup>

Assim, os indivíduos, em suas interações, constituem o social, que é o meio em que se realizam enquanto tais, sendo interdependentes não no sentido de dependência um do outro, mas de interconstituição. Somos resultado de nossa história particular de interação com nosso meio

e multidimensionais em nossa dinâmica estrutural e de relações, sendo de especial importância a percepção que cada indivíduo faz desse meio. Além disso, Maturana considera que nossa vida psíquica é o modo como vivenciamos nosso espaço relacional, o qual ocorre por meio do nosso conversar, que traz elementos simbólicos que correspondem a relações de significado que estabelecemos como observadores. Daí a importância da linguagem em seu estudo. Ao crescer e se desenvolver em determinado meio/cultura, o organismo adquire um modo de interagir, de se relacionar, e incorpora o espaço psíquico correspondente. “O humano é vivido no conversar, no entrelaçamento do linguajar e do emocionar que é conversar. Além disso, o humano se vive em redes de conversações que constituem culturas, e também se vive nos modos de vida que as culturas constituem como dimensões relacionais”.<sup>18:121</sup>

Entretanto, Maturana não coloca essa realidade como imutável. Ao contrário, afirma que, qualquer que seja o espaço psíquico que vivenciamos, sempre poderemos mudá-lo mediante reflexão. Além disso, um dos pilares do pensamento do biólogo está relacionado à premissa de que todo sistema racional tem fundamento emocional, ao defender que a existência humana se realiza na linguagem e no racional partindo do emocional. As emoções não são o que normalmente chamamos de sentimentos, mas disposições corporais que especificam domínios de ações fundamentam todas as ações humanas, independentemente do espaço operacional em que se dão, até mesmo o raciocinar: “Ao fluir nosso emocionar num curso que é o resultado de nossa história de convivência dentro e fora da linguagem, mudamos de domínio de ações e, portanto, muda o curso de nosso linguajar e de nosso raciocinar”.<sup>18:172</sup> Quando mudamos de emoção, mudamos de domínio de ação.<sup>6</sup>

Ao se reportar às emoções, Maturana faz uma crítica:

Na fantasia da cultura patriarcal a que pertencemos no Ocidente, e que agora parece expandir-se por todos os âmbitos da terra, as emoções tem sido desvalorizadas em favor da razão, como se a razão pudesse existir independentemente das emoções ou em contraposição a elas.<sup>18:180</sup>

Também nessa direção, aponta que não temos refletido sobre alguns conceitos e afirmações, aceitando-os acriticamente, tal como a afirmação de que a razão caracteriza o humano, deixando-nos cegos diante da emoção e caracterizando-a como algo que nega o racional.

Ao nos declararmos seres racionais vivemos uma cultura que desvaloriza as emoções, e não vemos o entrelaçamento cotidiano entre razão e emoção, que constitui nosso viver humano, e não nos damos conta de que todo sistema racional tem um fundamento emocional.<sup>6:15</sup>

Por outro lado, ao nos darmos conta da participação das emoções como fundamento do sistema racional, obtemos o verdadeiro valor da razão na compreensão do humano e a compreensão de duas importantes

dimensões do ser humano: a responsabilidade (quando, por meio da reflexão, nos damos conta se queremos ou não as conseqüências de nossas ações) e a liberdade (quando, ao refletirmos sobre nosso afazer, nos damos conta se queremos ou não nosso querer ou não querer suas conseqüências, e também que nosso querer ou não querer as conseqüências de nossas ações pode mudar nosso desejar). Para tanto, aponta também que a solução dos problemas pertence, antes de tudo, ao domínio da ética, que exige a capacidade de ver o outro como um legítimo outro em convivência comigo, sendo que o amor é a emoção que funda a preocupação ética.<sup>19</sup>

Em seus estudos, Maturana dedica-se, também, a refletir sobre a educação, a qual concebe como imprescindível para formar seres humanos capazes de pensar o todo e agir com responsabilidade, o que requer a criação de espaços de ação onde se exercitem as capacidades que se quer desenvolver, com base na reflexão sobre este fazer.

*La reflexión es un acto en la emoción en el que se abandona una certidumbre y se admite que lo que se piensa, lo que se tiene, lo que se desea, lo que se opina, o lo que se hace [...] puede ser mirado, analizado, y aceptado o rechazado como resultado de ese mirar reflexivo.*<sup>19:31</sup>

Assim, a tarefa da educação não é preparar cidadãos úteis e responsáveis, mas deve ser resultado do processo de crescimento com respeito por si mesmo e consciência social. Por isso, não se deve ensinar valores, mas vivê-los. No entanto, em nossa cultura, negamos isso na busca de propósitos produtivos que levem à uniformização das pessoas, e negando-lhes a individualidade.<sup>19</sup>

Por isso, acreditamos que as idéias de Maturana podem ser úteis para estabelecermos nexos com a práxis de administrar em enfermagem, no sentido de apontar para novos horizontes que valorizem mais as emoções no cotidiano de ser enfermeiro, contribuindo para a construção de relações éticas e solidárias.

#### **NOVAS PERSPECTIVAS PARA A ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Como visto, tanto o ensino como a prática gerencial em enfermagem ainda estão muito apegados a pressupostos da administração clássica, com ênfase na hierarquia, na impessoalidade e na racionalidade instrumental. Ao se inserirem na organização, os enfermeiros são levados a desenvolver uma conduta organizada, segundo rotinas preestabelecidas, a cumprir normas e regulamentos burocráticos, observando hierarquias e não se desviando para o novo ou inesperado.<sup>20</sup>

Entretanto, há necessidade de ultrapassar esse modelo e compartilhar novas formas de gerenciar em enfermagem. Recentemente, teve início, na profissão, discussão referente à compreensão dos profissionais da área como seres mais autônomos e capazes de refletir sobre o seu fazer e reorientá-lo, assim como no que tange à participação das emoções no gerenciamento em enfermagem.

Na área da administração propriamente dita, há, recentemente, uma tendência de direcionar o gerenciamento para uma concepção mais holística, substituindo modelos mecanicistas, com base no entendimento de que o

profissional precisa utilizar recursos de ordens física, mental, emocional e espiritual para que possa transformar a estrutura que ainda está em voga, o que exige uma nova maneira de perceber, pensar, julgar, agir e sentir. Para tanto, esses componentes psicológicos, emocionais, precisam ser admitidos como variáveis sempre presentes em todas as situações de interação humana.<sup>3</sup> Esse entendimento já traz uma convergência com o pensamento de Maturana, uma vez que exige uma concepção multidimensional do ser humano, capaz de interagir e, a partir daí, reorientar sua conduta.

A noção de autopoiese auxilia nessa compreensão, uma vez que caracteriza o profissional como ser humano reflexivo, sujeito a inúmeras influências advindas do seu cotidiano e capaz de conservar-se ou adaptar-se conforme sua percepção sobre as mesmas e as necessidades colocadas em seu meio, em seu viver. Embora saibamos que esse processo não é linear, mas, sim, dinâmico e que não ocorre de forma tão harmoniosa como pressupõe a teoria de Maturana, entendemos que é imprescindível a busca de uma nova concepção gerencial em enfermagem mais coerente com os pressupostos apresentados pelos paradigmas contemporâneos, especialmente no âmbito das ciências sociais e humanas.

Na área da enfermagem, algumas premissas ligadas a esse movimento têm sido defendidas. O debate sobre a gerência participativa é um exemplo, uma vez que vê o trabalhador com maior autonomia e participante efetivo na tomada de decisões. Também valoriza a dimensão ético-política da atuação do profissional, como pré-requisito para a aquisição de maturidade pessoal e profissional.<sup>21</sup> Assim, como ser autopoietico, ele tem condições de colocar-se como indivíduo ativo no processo de cuidar, e não somente como uma peça da complexa engrenagem da assistência em saúde, mas como pessoa que interage, se relaciona e age criativamente, de acordo com sua percepção sobre a realidade. O gerenciamento do cuidado exige que os profissionais acolham valores diferenciados, diferentes lógicas e mergulhem nos aspectos subjetivos das inter-relações, da criatividade e da autonomia, no sentido de satisfazer necessidades atuais, cujas soluções não se encontram em manuais de normas e rotinas.<sup>22</sup>

Com esse panorama, outros autores argumentam que o desempenho do profissional enfermeiro, especialmente como gestor, deve incorporar habilidades relacionadas à criatividade, à intuição, à emoção e à interação, apostando na competência interpessoal como forma de possibilitar melhor apreensão da complexidade das relações entre os seres humanos e, por consequência, melhores habilidades administrativas.<sup>23</sup> Cabe destacar que, de acordo com o referencial de Maturana, essas habilidades fazem parte da natureza do ser humano, nesse caso, do enfermeiro. Entretanto, precisam ser mais bem exploradas, fazendo aflorar sua subjetividade no âmbito da organização. Com isso, abre-se espaço para a gerência que valoriza a individualidade de cada pessoa, oportunizando a singularidade no cuidado e a autonomia do cuidador, em detrimento, aí, sim, dos processos burocratizados e mecanicistas tão presentes no gerenciamento em enfermagem.

No entanto, alguns pensadores da área de enfermagem acreditam que o trabalho gerencial da enfermeira praticamente não está mudando, apesar de vivermos em

um cenário caracterizado pela maior necessidade de compartilhamento e pelo clima de sensibilidade coletiva. Propõem, como forma de contornar este “modo-de-ser-trabalho” que caracteriza o enfermeiro por meio da produção e dominação, a aderência a uma ética que crie e recrie, de forma dinâmica e atenta, as contingências da natureza, da história e de si mesmo, o que é possível mediante profunda sensibilidade e comunhão com a própria vida, buscando congruência entre suas ações e seu ser. Assim, acreditam que poderá haver uma complementaridade entre razão instrumental e razão sensível.<sup>24</sup> Aqui também podemos verificar nuances das idéias de Maturana, quando se admite que há uma congruência entre o ser e o seu meio e que a ética deve alicerçar esse entrelaçamento.

Embora esta discussão seja de extrema importância, parece que é ainda bastante precoce na enfermagem e, sobretudo, no que tange ao gerenciamento. A compreensão dos indivíduos como seres autopoieticos, com emotividade e capacidade de refletir sobre o seu fazer e, a partir daí, reorientar condutas; provoca certa “instabilidade”, pois foge ao perfil estabelecido pela maciça maioria das organizações em saúde. Isso afeta o equilíbrio posto para os serviços e para as ações prescritivas de gerenciamento, fazendo emergir conflitos, especialmente relacionados a questões de poder. “Todos falam e sabem da existência das emoções, mas somos coniventes com uma espécie de encenação da realidade. A realidade “real”, que tem emoção; e a realidade “formal”, enxuta, bonita, arrumada, que é a do organograma ou do funcionamento tecnológico da empresa, onde não aparece nenhuma emoção.”<sup>5,31</sup>

Com isso, o discurso sobre a participação das emoções no gerenciamento em enfermagem pode parecer mera falácia, sem nenhum propósito objetivo e claro. Evidentemente, não se quer, aqui, colocar as emoções no patamar de algo que pode ser sistematizado, caindo em plena contradição epistemológica, mas, sim, refletir sobre a necessidade de tomarmos consciência sobre a real inter-relação entre emoção e a práxis gerencial. Afinal, a gerência não é uma função isolada, mas, sim, realizada pelo ser humano como sujeito social, com uma trajetória de vida e que se situa em um espaço gerencial singular. Há necessidade de repensar a ordem instituída (com base no comando) e explorar a complexidade do ser humano e do exercício da gerência.<sup>25</sup>

Para Maturana,<sup>18</sup> a cultura ocidental à qual pertencemos deprecia as emoções ou, pelo menos, as considera uma fonte de ações arbitrárias não confiáveis pelo fato de não terem surgido da razão. Essa atitude nos cega para a participação das emoções em nosso viver. Essa parece ser uma realidade enfrentada também no cotidiano da enfermagem, já que vivemos o aprendizado da racionalidade técnico-instrumental como supra-sumo do gerenciamento em enfermagem, desconsiderando que as emoções participam de nossa práxis. Entretanto, em nenhum momento queremos aqui negar a racionalidade; ao contrário, o que se busca é a consciência de que somos seres autônomos e criativos, que podemos produzir um espaço psíquico para além de meras prescrições mecanicistas e burocratizadas. Talvez, dessa forma, seja possível falar em competência ético-política e relacional em enfermagem, com a perspectiva de que isso ultrapasse o

patamar de mera concepção teórica e possa ser incorporado à práxis gerencial.

Outra questão que se coloca para discussão diz respeito à emergência das emoções impulsionadas pelas interações que estabelecemos em diferentes cenários. À medida que, na enfermagem, nos privamos do estabelecimento de um processo interativo mais profícuo, seja ele com o cliente/familiar, seja com colegas de trabalho, seja com alunos, também estamos nos furtando a compartilhar diferentes emoções, bem como diferentes formas de percepção e ação. O entendimento de que os seres e as organizações são estáticos e tem identidade fixa, algo freqüente na prática da enfermagem, é típico de um olhar racionalista, o que gera cada vez mais “rigidez emocional”. Isso influencia sobremaneira nossa subjetividade e a concretude que atribuímos ao nosso viver, à “práxis do viver”, nas palavras de Maturana; influencia o cuidado e o gerenciamento desse cuidado, impedindo tanto o profissional quanto o cliente de vivenciarem outras experiências, quem sabe mais positivas no processo de viver a saúde e a doença.

Obviamente, isso também tem relação com questões específicas da enfermagem, relativas às influências sofridas ao longo do processo de constituição como profissão. Aspectos como rigor hierárquico, dogmatismo, submissão e docilidade são atribuídos à herança cultural da enfermagem muito ligada à religiosidade, à predominância de trabalhadores do sexo feminino, à subordinação a outras categorias profissionais. De forma geral, para Maturana, as redes de conversação constituem diferentes modos de viver, com variados domínios psíquicos, configurando diversas culturas e consciências coletivas. São formas de emocionar e agir que adquirimos de maneira implícita e não dirigida, simplesmente fazendo parte como membros de uma cultura, ao incorporar seu espaço psíquico.<sup>18</sup> Assim, acabamos incorporando ao nosso fazer os modos de ser da enfermagem como profissão, os quais repercutem positiva ou negativamente em nossas ações. Contudo, para o autor, qualquer que seja o domínio psíquico que tenhamos incorporado, o indivíduo sempre tem condições, com base em sua condição autopoietica, de produzir mudanças e reorientar condutas.

Acreditamos que o espaço da formação profissional tem particular importância para que consigamos as transformações desejadas. Dessa forma, incluir temas e momentos que possam levar à reflexão sobre o gerenciar em enfermagem, sob uma perspectiva de valorização das emoções como propulsoras do agir, é uma estratégia imprescindível, lembrando sempre que “todo sistema racional tem fundamento emocional”. Nesse sentido, cabe demarcar também que, na ótica de Maturana “o ser e o fazer de um sistema vivo são inseparáveis”, o que leva ao entendimento de que o processo educativo deve buscar não ensinar valores, mas vivê-los. Para isso, aponta que o processo educativo consiste

*en la creación de espacios de acción donde se ejerciten las habilidades que se desea desarrollar, creando un ámbito de ampliación de las capacidades de hacer en la reflexión sobre ese hacer como parte del vivir que se vive y desea vivir.*<sup>19:11</sup>

Essa não é uma tarefa fácil, embora haja uma procura por novos paradigmas para enfrentar os desafios atuais.

Não é fácil nem simples abandonar o modelo racional-mecanicista e acolher conceitos e práticas heterodoxas e/ou estranhas, referentes à emocionalidade e espiritualidade no âmbito das organizações.<sup>5:121</sup>

Há que fomentar novas estratégias, mas, antes disso, um comprometimento ético com o outro, com a sociedade, com as transformações que tanto se deseja na atualidade.

Para finalizar, deixamos um questionamento que o próprio Maturana propõem: *Si el presente que vivimos ha surgido de nuestro modo de pensar y sentir, y no nos gusta, cabe que aceptemos un futuro que surge de ese mismo modo de pensar y sentir?*<sup>19:9</sup>

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência de uma contemporaneidade repleta de intensas transformações exige que estejamos dispostos a reorientar concepções e práticas. Assim, diante do predomínio da razão objetivista, da racionalidade técnico-instrumental, urge que busquemos outras formas de percepção e ação que sejam mais coerentes com as necessidades postas nesta modernidade reflexiva.

Na área de enfermagem, integrar razão e emoção pode significar um avanço importante tanto no ensino como na assistência propriamente dita, em especial no âmbito do gerenciamento de enfermagem. Essa integração abre novas perspectivas de ação, possibilitando a construção de relações éticas e solidárias. Para tanto, a emoção precisa se tornar presente na consciência e na prática, pois, de acordo com Moscovici,

quando delineamos e seguimos um projeto de vida, a emoção está presente o tempo todo. Quando sonhamos e acalentamos um sonho e o transformamos num plano significativo, o substrato é emocional. É a força da motivação que se mantém elevada, graças a sentimentos positivos de satisfação antecipada, de autoconfiança para enfrentar e vencer dificuldades, de tolerar frustrações, de aceitar desafios e riscos.<sup>5:126</sup>

Assim, integrar razão e emoção, configurando diferentes formas de ação, pode ser uma estratégia que permita a formação de um enfermeiro com um perfil de competência ético-política e relacional, algo não só desejado, como urgentemente necessário. Nesse sentido, as concepções apresentadas por Humberto Maturana podem auxiliar na reflexão sobre o gerenciamento em enfermagem, com base em sua trajetória histórica, como forma de propiciar nova matriz de significações.

Com isso, conceber o profissional como ser autopoietico, capaz de perceber sua realidade, interagir e relacionar-se e, com base nisso, reorientar sua conduta, é um ponto importante de discussão. Da mesma forma, é fundamental assumir que a racionalidade instrumental já não atende às necessidades contemporâneas postas para o gerenciamento em enfermagem, sendo fundamental incorporar

outros valores, coerentes com novos paradigmas do conhecimento e que dêem suporte a outras competências e habilidades que possibilitem a construção criativa, singular e mais humana do cuidado de enfermagem.

#### REFERÊNCIAS

1. Beck U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: Beck U, Giddens A, Lash S. Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora Unesp; 1997. p.11-72.
2. Chanlat JF. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas; 1992.
3. Moscovici F. Renascença organizacional. 6ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1996.
4. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal. 5ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1996.
5. Moscovici F. Razão e emoção: a inteligência emocional em questão. Salvador: Casa da Qualidade; 1997.
6. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2002.
7. Formiga JMM, Germano RM. Por dentro da história: o ensino de administração em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2):222-6.
8. Almeida MCP, Rocha JSY. Saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.
9. Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1993.
10. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume; 1998.
11. Nimitz MA, Ciampone MHT. O ensino da disciplina de administração em enfermagem nas escolas de graduação da grande São Paulo. Rev Paul Enferm. 2001; 20(1):22-30.
12. Trevisan MA. Enfermagem hospitalar: administração e burocracia. Brasília: UNB; 1988.
13. Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de re(orientação) da prática profissional do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 1996; 5(2):20-34.
14. Ciampone MHT, Kurcgant P. O ensino de administração de enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 401-7.
15. Magalhães AMM, Duarte ERM. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4):408-11.
16. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Parecer no CNE/CES n. 1133 de 7 de agosto de 2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
17. Vale EG, Guedes MVC. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4):475-8.
18. Maturana H. A ontologia da realidade. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1997.
19. Maturana H, Rejepka SN. Formación humana y capacitación. Santiago: Dolmen Ediciones; 1995.
20. Trevisan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Shinyashiki GT. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. Rev Latino-am Enferm. 2002 jan./fev.; 10(1):85-9.
21. Kurcgant P, Ciampone MH, Massarolo MCKB, Gaidzinski RR. Mesa redonda: administração em enfermagem. Enferm Actual. 2002; 2(10):6-13.
22. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(4): 460-8.
23. Munari DB, Bezerra ALQ. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 484-6.
24. Trevisan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Melo MRAC. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff: una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente. Rev Latino-am Enferm. 2003; 11(5):652-7.
25. Prochnow AG, Leite JL, Trevisan MA. Manifestações culturais e corpóreas do enfermeiro na sua prática gerencial. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3): 449-57.

Data de submissão: 22/12/06  
Data de aprovação: 16/10/07

## CARACTERIZAÇÃO DAS PESQUISAS PUBLICADAS NA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 1997-2005

### CHARACTERIZATION OF RESEARCHES PUBLISHED IN THE REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 1997-2005

#### CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN PUBLICADOS EN LA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 1997- 2005

Marcelo Klu<sup>1</sup>  
Diego Schaurich<sup>2</sup>  
Maria da Graça Corso da Motta<sup>3</sup>

#### RESUMO

Neste estudo, teve-se por objetivo caracterizar a produção do conhecimento das pesquisas publicadas na *Revista Mineira de Enfermagem* (REME) entre 1997 e 2005. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica exploratório-descritiva com abordagem quantitativa. Foram analisados 213 resumos de artigos publicados em 18 exemplares, dos quais foram localizados 131 artigos oriundos de pesquisas, o que representa 61,5% do total. Constatou-se que há um crescimento na publicação de investigações por parte do periódico nos últimos três anos (2002-2005). Predominaram trabalhos que envolveram temáticas relacionadas à saúde da mulher (16,1%), com abordagem qualitativa (62,6%), e que utilizaram os pacientes/clientes/usuários dos serviços de saúde para a obtenção dos dados (25,2%). A entrevista configura-se como a principal técnica de coleta (42,2%) e o ambiente extra-hospitalar, como principal local para a coleta (56,5%), com 38,6% de autores com doutorado, em artigos com dupla parceria (42,8%) e oriundos da Região Sudeste brasileira (91,6%). Os resultados apontam as principais características das pesquisas publicadas na REME e contribuição delas para a construção do estado da arte do conhecimento em Enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Produção Científica; Pesquisa em Enfermagem

#### ABSTRACT

The objective of this study was to describe the production of knowledge in research published in *Revista Mineira de Enfermagem* (REME) from 1997 to 2005. An exploratory-descriptive and bibliographic survey was carried out using a quantitative approach. A total of 213 abstracts were examined from 18 issues, including 131 from research (61.5%). We found that there is a growth in the publication of research by the magazine in the last three years (2002-2005). The main themes found were: women's health (16.1%) using a qualitative approach (62.6%), and data obtained came from patients/clients of the health services (25.2%). Interviews were the main collection technique used (42.2%), and the non-hospital environment was the main collection data (56.5%); 38.6% of the authors had a doctoral degree; and co-authored articles (42.8%) from the southeast of Brazil (91.6%). The results show the main characteristics of the research published in REME and their contribution to build state of the art knowledge in Nursing.

**Key words:** Nursing; Scientific Production; Nursing Research

#### RESUMEN

Este estudio tiene por objeto caracterizar la producción del conocimiento de los estudios de investigación publicados en la *Revista Mineira de Enfermagem* (REME), entre los años 1997 y 2005. Se realizó investigación bibliográfica de tipo exploratorio-descriptivo con enfoque cuantitativo. Se analizaron 213 resúmenes de artículos publicados en 18 ejemplares, de los cuales fueron ubicados 131 artículos oriundos de investigación, lo que representa 61,5% del total. Se constató que hay crecimiento en la publicación de artículos de investigación en los últimos tres años (2002-2005). Predominan trabajos con temáticas relacionadas a la salud de la mujer (16,1%), con abordaje cualitativo (62,6%) y utilizaron a los pacientes/clientes/usuarios de los servicios de salud para la obtención de datos (25,2%). La entrevista se configura como técnica principal de recogida de datos (42,2%), el ambiente extra-hospitalario como principal sitio de recogida (56,5%), 38,6% de autores tienen doctorado, artículos con doble autoría (42,8%) y oriundos de la región sudeste brasileña (91,6%). Los resultados apuntan a las principales características de las investigaciones publicadas en la REME y sus aportes para la construcción del estado del arte del conocimiento en Enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería; Producción Científica; Investigación en Enfermería

<sup>1</sup> Aluno da Escola de Enfermagem da UFRGS.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Doutorando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);

<sup>3</sup> Enfermeira, Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS; Doutora em Filosofia em Enfermagem.

Endereço para correspondência: Rua Amadeu Fagundes de Oliveira Freitas, 215, apto. 304, Bairro: Protásio Alves, CEP: 91260010, Porto Alegre-RS. Fone: (51) 84065157. E-mail: mck@pop.com.br.

## I INTRODUÇÃO

A *Revista Mineira de Enfermagem* (REME) foi criada em março de 1996 e teve seu primeiro exemplar lançado no ano seguinte. É uma publicação em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e outras escolas de Enfermagem localizadas nesse Estado. Foi criada por iniciativa do Programa de Desenvolvimento da Enfermagem (PRODEN) apoiado pela W. K. Kellong Foudantion, tendo como objetivo auxiliar na disseminação da produção científica em âmbitos local, nacional e internacional, servindo como mais um veículo para a divulgação do conhecimento na área.<sup>1,2</sup>

Inicialmente, a REME teve periodicidade semestral até 2003; a partir de 2004, passou a ser editada trimestral e regularmente. Esse processo, que resultou na reestruturação e regularização da revista, inclusive com a mudança de sede para a Escola de Enfermagem da UFMG<sup>2</sup>, tem possibilitado melhores avaliações pelo sistema “Qualis CAPES – Periódicos de Enfermagem”, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Ou seja, em 2002 a revista foi classificada como C Nacional, em 2004 e 2005 teve classificação B Nacional e em 2006 observou-se que sua avaliação melhorou consideravelmente, obtendo, então, classificação C Internacional.<sup>3</sup>

Considera-se que esta melhor avaliação por parte da CAPES pode ser resultado, dentre outros investimentos, dos esforços da equipe responsável por este periódico em torná-lo um reconhecido veículo de divulgação do conhecimento produzido pela Enfermagem. Dentre esses investimentos, destaca-se a maior publicação de pesquisas classificadas como artigos originais e que representam parte dos critérios e requisitos analisados pela CAPES em sua avaliação. De acordo com um estudo<sup>1</sup> que analisou a produção científica dos treze primeiros exemplares da REME, os artigos oriundos de pesquisas representam 67% da publicação total.

A importância delegada ao ato de publicar investigações se deve ao fato de que a pesquisa configura elemento central do progresso científico e tecnológico de uma sociedade, sendo estratégia importante à construção e ampliação dos fundamentos que constituem o conhecimento. Ainda, pode-se considerar a pesquisa como um “momento parcial do processo mais geral de conhecer, descrever e explicar a realidade em seus fragmentos ou no seu todo”<sup>4-5,6,2</sup>

Em relação à Enfermagem, pode-se considerar que as três últimas décadas do século XX foram fundamentais para impulsionar o desenvolvimento de pesquisas na área. Pode-se citar a reforma universitária, a criação de programas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado em Enfermagem) e a obrigatoriedade, com base nas diretrizes curriculares, de oferecer conteúdos referentes à metodologia científica nos cursos de graduação, como os principais fatores que incentivaram o aumento das investigações em enfermagem no Brasil.<sup>5</sup>

Nesse sentido, faz-se cada vez mais premente a necessidade de conhecer os rumos da produção de determinada área do conhecimento, a fim de entender as tendências dos trabalhos publicados, os temas de pesquisas mais explorados e aqueles ainda pouco estudados, bem como as principais características dessas publicações. Esses

processos de descrever e analisar para vir a conhecer a produção científica publicada possibilitam uma aproximação do estado da arte do conhecimento de dada área do saber.

Consoante a compreensão de Rodrigues e Bagnato<sup>6</sup>, o processo que tem permitido delinear e caracterizar o estado da arte configura-se como “uma pesquisa sobre a produção de conhecimentos em enfermagem que dá uma visibilidade a esta produção possibilitando reflexões sobre as mesmas”. Assim, optou-se por analisar, em termos quantitativos, o estado da arte das pesquisas publicadas pela REME no período de 1997 a 2005.

Portanto, o objetivo foi caracterizar a produção do conhecimento das pesquisas publicadas na REME, entre 1997 e 2005. Essa caracterização objetivou analisar os seguintes aspectos: período de publicação dos estudos, temáticas pesquisadas, abordagem metodológica, informantes/meios para obtenção dos dados, procedimento de coleta empregado, técnica de análise utilizada, local em que se desenvolveu a coleta de dados, grau de titulação postulado pelo autor, número de autores por artigo e região geográfica em que a pesquisa ocorreu.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação bibliográfica exploratório-descritiva em que se optou por uma abordagem quantitativa. A pesquisa exploratório-descritiva tem por finalidade permitir o aprofundamento do conhecimento em relação a determinado problema com vista a possibilitar a correlação dos fatos. A opção pela abordagem quantitativa justifica-se pelo fato de propiciar a caracterização e a quantificação dos objetivos propostos por meio de medidas apresentadas com base em análises estatísticas (simples e/ou complexas).<sup>7</sup>

Para proceder à coleta dos dados, ocorreu a consulta à REME referente ao período de 1997 a 2005. Como justificativa à escolha deste periódico, podem ser citados três principais motivos: por ter se tornado, nos últimos anos, um importante veículo para a divulgação das investigações da enfermagem; por estar classificado com Qualis C Internacional pela CAPES – ano base de 2005; e por ser uma publicação que apresenta vinculação com um programa de pós-graduação *stricto sensu*.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, iniciou-se a pesquisa acessando os arquivos dos exemplares diretamente no site da revista.<sup>4</sup> Essa busca foi realizada pelos pesquisadores durante os meses de outubro e novembro de 2006, período considerado suficiente por possibilitar uma investigação criteriosa nos exemplares. Assim, após a identificação dos artigos oriundos de pesquisas, iniciou-se a fase de análise dos trabalhos incluídos neste estudo, por meio de uma leitura cuidadosa e atenta das investigações. Essa fase de análise ocorreu nos meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007.

Com a finalidade de organizar e sistematizar a análise dos artigos, elaborou-se um instrumento de registro, organizado da seguinte maneira: local para identificação do trabalho (título, ano, volume e número de publicação) e espaço para a descrição do objetivo do estudo, da abordagem metodológica, dos informantes/meios para obtenção dos dados, da técnica de coleta, do procedimento

de análise empregado, do local em que se desenvolveu a coleta de dados, do grau de titulação postulado pelo autor; do número de autores por artigo e da região geográfica em que a pesquisa ocorreu.

Após a transcrição das informações dos originais para o instrumento de registro, optou-se por trabalhar apenas com esse documento, uma vez que ele continha todas as informações necessárias para a caracterização proposta. Os dados foram tabulados e a análise quantitativa ocorreu por meio de frequência absoluta e relativa. Para alcançar as categorias relativas às temáticas pesquisadas nos artigos publicados pela REME, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo.<sup>8</sup>

#### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Considerando o período dos primeiros nove anos (1997-2005) delimitado para este estudo bibliográfico, ocorreu a leitura de um total de 213 resumos de artigos publicados na REME e distribuídos nos 18 exemplares analisados. Desse conjunto, foram localizados e incluídos 131 artigos oriundos de pesquisas, o que representa 61,5% do total de trabalhos publicados. Observa-se na Tabela 1 a distribuição anual dos artigos de classificações gerais e aqueles referentes aos artigos oriundos de pesquisas publicados no referido periódico.

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE ARTIGOS PUBLICADOS E DO TOTAL DE ARTIGOS ORIUNDOS DE PESQUISA DA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM. BRASIL – 1997-2005.**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Total de números publicados	01	02	01	01	01	02	02	04	04	18
Total de artigos	11	19	11	15	15	14	25	49	54	213
Total de artigos oriundos de pesquisa	05	10	08	07	11	09	15	30	36	131
% de artigos oriundos de pesquisa	45,4	52,6	72,7	46,7	73,3	64,3	60	61,2	66,7	61,5

Esses 131 artigos tiveram seus resumos e objetivos submetidos a repetidas leituras e à análise de conteúdo<sup>8</sup> a fim de que as temáticas mais recorrentes nas pesquisas publicadas no periódico analisado pudessem ser extraídas. Em alguns casos, procedeu-se à leitura do estudo na sua íntegra, com vista a melhor compreender seus objetivos e resultados para, então, categorizá-lo. Os resultados obtidos desse processo podem ser observados na Tabela 2.

Para o que tange à abordagem metodológica utilizada nas investigações, os estudos qualitativos representaram 62,6% dos artigos publicados na *Revista Mineira de Enfermagem*, no período de 1997-2005. Os estudos quantitativos corresponderam a um total de 32,8%, seguido pelas pesquisas que contemplam as duas abordagens (quantitativas) que responderam por 4,6% dos casos.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS ORIUNDOS DE PESQUISA PUBLICADOS NA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, SEGUNDO AS ÁREAS TEMÁTICAS. BRASIL – 1997-2005.**

	n	f (%)
Saúde da mulher	21	16,1
Educação/Ensino em enfermagem e saúde	17	13
Cuidado/Assistência em enfermagem	16	12,2
Saúde do adulto	13	9,9
Gerenciamento em enfermagem e saúde	12	9,2
Saúde do trabalhador	08	6,1
Saúde coletiva	07	5,3
Saúde da criança	07	5,3
Saúde do adolescente	07	5,3
Processo de trabalho em enfermagem e saúde	05	3,8
Saúde mental/Psiquiatria	05	3,8
Enfermagem e Trabalho	03	2,3
Saúde do idoso	01	0,8
Outras temáticas	09	6,9
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

No que se refere aos informantes/meios para a obtenção dos dados das investigações, observa-se que os pacientes/clientes/usuários de serviços de saúde correspondem a 25,2% do total, seguido por enfermeiros/as (13,3%), prontuários/documentos/afins (12,6%), equipe multidisciplinar de saúde (9,8%) e familiares/cuidadores (9,1%). A relação completa desses resultados pode ser vislumbrada na Tabela 3.

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS ORIUNDOS DE PESQUISA PUBLICADOS NA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, SEGUNDO OS INFORMANTES/MEIOS PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS. BRASIL. 1997-2005.**

	n	f (%)
Paciente/Cliente/Usuário dos serviços de saúde	36	25,2
Enfermeiros/as	19	13,3
Prontuários/Documentos/Afins	18	12,6
Equipe multidisciplinar de saúde	14	9,8
Familiares/Cuidadores	13	9,1
Equipe de enfermagem	12	8,4
Estudantes de enfermagem	10	6,9
Docentes de enfermagem	06	4,2
Crianças escolares	03	2,1
Currículo de enfermagem	03	2,1
Outros	09	6,3

Em relação aos aspectos metodológicos das pesquisas analisadas, a entrevista representa a principal técnica de coleta de dados utilizada, estando presente em 42,2% dos artigos, seguida pela aplicação de questionários/formulários (35,1%), análise documental (12,9%), observação (11%) e outros meios de coleta (10,4%). Ressalte-se, também, que a grande maioria (75,6%) das investigações científicas utilizou apenas uma técnica para coletar os dados, estando a combinação entre elas (duas, três e quatro técnicas) presente em 24,4% dos estudos.

Ainda em relação aos aspectos metodológicos e, mais especificamente à técnica de análise dos dados, encontrou-se, entre os estudos com abordagem qualitativa que mencionaram o procedimento, o seguinte: análise de conteúdo de Bardin (23%), análise fenomenológica (20%), análise temática de Minayo (20%), análise de discurso de Fiorin (18,5%) e outras (18,5%). Dos estudos de cunho quantitativo que especificaram a técnica, destaca-se a utilização da análise estatística com 87,8% e a análise epidemiológica com 12,2%. Faz-se relevante salientar, também, que 20,3% do total das pesquisas publicadas na REME não mencionaram o procedimento de análise.

Quando a análise recaiu sobre o local em que a coleta de dados foi realizada, encontrou-se que 56,5% das pesquisas foram desenvolvidas em ambiente extra-hospitalar enquanto 38,2% ocorreram em ambiente hospitalar. Houve, também, casos considerados mistos (5,3%), ou seja, que parte das investigações realizou-se em ambiente hospitalar e a outra parte em ambiente extra-hospitalar, com as seguintes combinações: instituição hospitalar e unidade básica de saúde e instituição hospitalar e domicílio.

Dos resultados, encontrou-se, referente ao grau de titulação postulado pelo autor, a predominância de doutores (38,6%), conforme pode ser observado na Tabela 4. Em relação à quantidade de autores por artigo, foram obtidos os seguintes dados: 42,8% dos artigos com dupla autoria; 21,4% com tripla autoria; 16,8% com a presença de quatro autores; 12,2% com a participação de cinco autores ou mais; e 6,9% publicadas sem parceria.

**TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DO GRAU DE TITULAÇÃO POSTULADO PELO AUTOR EM ARTIGOS ORIUNDOS DE PESQUISA PUBLICADOS NA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM. BRASIL – 1997-2005.**

	n	f (%)
Graduando/a	61	15,9
Graduado/a	37	9,7
Estudante de especialização	01	0,3
Especialista	16	4,2
Estudante de mestrado	19	5
Mestre	69	17,9
Estudante de doutorado	18	4,7
Doutor	148	38,6
Estudante de pós-doutorado	01	0,3
Pós-doutorado	01	0,3
Não informados	12	3,1

As regiões geográficas em que as pesquisas se desenvolveram podem ser observadas na Tabela 5. Desses achados, destacam-se os dados estatisticamente mais significativos: a concentração (91,6%) de artigos oriundos de investigações publicados por autores da Região Sudeste brasileira e a inexistência de publicações da Região Norte do País nesse período. Da Região Sudeste, observa-se a predominância de estudos publicados por autores dos Estados de Minas Gerais (63,4%), São Paulo (23,2%), Rio de Janeiro (3,7%), Rio Grande do Sul (3,7%) e outros (6%).

**TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DA REGIÃO GEOGRÁFICA DE DESENVOLVIMENTO DOS ESTUDOS ORIUNDOS DE PESQUISA PUBLICADOS NA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM. BRASIL – 1997-2005.**

	n	f (%)
Região Sul	05	3,8
Região Sudeste	120	91,6
Região Centro-Oeste	01	0,8
Região Nordeste	04	3
Região Norte	00	00
Pesquisa em duas regiões	01	0,8
Total	131	100

#### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A REME, entre 1997 e 2005, publicou 213 artigos científicos, classificados como pesquisas, relatos de experiência, revisões teóricas e artigos de reflexão; faz-se relevante destacar que não foram contabilizadas as publicações referentes ao editorial e resumos de dissertações/teses. Desse total, os artigos oriundos de pesquisa contabilizaram 131, o que representa 61,5%. A média obtida na distribuição dos 131 artigos de pesquisa selecionados no período é de 14,6% publicações/ano.

Percebe-se, ainda, que há um crescimento considerável tanto no número de artigos publicados quanto no número de pesquisas. No primeiro triênio (1997 a 1999), a REME registrou 41 artigos publicados, sendo 23 oriundos de pesquisa, o que representa 56,1%; no segundo triênio (2000 a 2002), foram publicados 44 artigos, dos quais 27 eram investigações, representando 61,4%; no terceiro triênio (2003 a 2005), a revista registrou a publicação de 128 estudos, sendo 81 oriundos de pesquisas, o que representa 63,3%. Pode-se considerar, então, que a maior parte dos trabalhos publicados refere-se a investigações científicas, o que vem ao encontro de outros estudos que têm analisado as publicações de enfermagem em diferentes áreas do conhecimento.<sup>6,9-10</sup>

Em relação às temáticas mais exploradas nas pesquisas publicadas na REME, destacam-se as áreas da saúde da mulher (16,1%), da educação/ensino em enfermagem e saúde (13%) e do cuidado/assistência em enfermagem (12,2%). A temática relacionada à saúde da mulher desponta como principal campo de investigação dos trabalhos publicados, em razão, dentre outros fatores, da necessidade em ampliar e aprimorar as políticas públicas e o cuidado em enfermagem nesse campo específico.

Saliente-se, ainda, que parcela significativa das produções científicas origina-se dos programas de pós-graduação e grande parte destes apresentam linhas de pesquisa ou áreas de concentração que enfocam tal temática.<sup>11</sup>

No que tange à temática da educação/ensino em enfermagem e saúde, compreende-se que essa tem sido uma área de interesse da enfermagem brasileira ao longo dos tempos, visando descrevê-la e compreendê-la a fim de possibilitar maior qualificação dos profissionais assistenciais e pesquisadores. Outros estudos também observaram essa tendência, como Rodrigues e Bagnato<sup>6</sup>, que encontraram 12% de artigos referentes a esse tema e Matheus et al.<sup>9</sup> que encontraram um percentual de 17,6% entre a produção publicada em um periódico de enfermagem.

A temática que se refere ao cuidado/assistência em enfermagem esteve presente em 12,2% das pesquisas publicadas e pode-se considerar que a enfermagem vem assumindo “efetivamente a temática do cuidado como foco privilegiado de sua atuação.”<sup>16-648</sup> Além disso, percebe-se que existe um direcionamento desses estudos voltado para a prática profissional. Saliente-se que as demais temáticas não apresentaram significância estatística e, portanto, não serão consideradas para discussão neste momento.

A abordagem metodológica mais utilizada nas pesquisas publicadas na REME é a qualitativa, que representa 62,6% do total. Ressalte-se que essa abordagem, que começou a ser difundida no Brasil na década de 1980<sup>12</sup>, tem sido privilegiada pela enfermagem, principalmente a partir da década de 1990, por possibilitar a compreensão das vivências e experiências do ser humano em dado tempo e espaço, além de vislumbrar a dinamicidade e a complexidade relacional existente no processo de estar saudável e estar doente.

Essa tendência de utilização da abordagem qualitativa também foi encontrada em outros estudos.<sup>10,13,15</sup> Assim, acredita-se que a enfermagem vem buscando, por meio da pesquisa qualitativa e da parceria com as ciências sociais e humanas, possíveis compreensões e contribuições a fim de qualificar o cuidado à saúde desenvolvido pela Enfermagem. De acordo com Prado e Gelbcke<sup>16-39</sup>, “a aproximação com as ciências sociais e metodologias qualitativas tem possibilitado à enfermagem uma melhoria” no processo de cuidar e na construção de novos referenciais.

Com relação à discussão referente aos informantes/meios para obtenção dos dados, chama atenção a opção por dar voz aos pacientes/clientes/usuários dos serviços de saúde (25,2%) como possibilidade de compreender os processos de estar saudável e estar doente, bem como as dificuldades, facilidades e alternativas viáveis às questões da área. Destaca-se também, a investigação entre enfermeiros/as (13,3%) que poderia ser explicada pelo interesse em conhecer aspectos peculiares da profissão; esse achado vem ao encontro de outro estudo da área de enfermagem e saúde coletiva.<sup>14</sup>

Em relação à técnica de coleta de dados, a entrevista configura-se como o principal instrumento utilizado nas pesquisas publicadas na REME, aparecendo em 42,2% dos estudos, o que converge com os achados de outro estudo.<sup>14</sup> Acredita-se que o emprego da entrevista decorre da maior experiência e conhecimento da enfermagem ao desenvolver investigações com esse instrumento. No entanto, outras técnicas também são utilizadas, como a aplicação de questionários/formulários (35,1%), a análise documental (12,9%), a observação (11%) e outros meios (grupo

focal, história oral, modelagem, dentre outros), os quais representam 10,4%, e demonstram a diversidade de recursos utilizados pelos pesquisadores da área.

Outro dado interessante refere-se à quantidade de instrumentos de coleta de dados empregada nas pesquisas, uma vez que o uso de apenas uma técnica esteve presente em 75,6% dos estudos e a utilização combinada de técnicas apareceu em 24,4% das investigações. Dessa forma, ao se cruzarem os achados estatisticamente significativos referentes à abordagem qualitativa e à utilização de uma única técnica de coleta de dados, depreende-se que isso ocorre em virtude da quantidade de informações obtidas, principalmente por meio das entrevistas.

Ainda com referência aos aspectos metodológicos, saliente-se que, dos estudos qualitativos que mencionam a técnica de análise dos dados, a utilização de Bardin em 23% dos artigos, da fenomenologia em 20% e a de Minayo em 20% representam os principais referenciais para tratamento das informações coletadas. Dos estudos quantitativos, constata-se o uso de análise estatística (seja por meio de medidas simples e/ou complexas) na maioria (87,8%). Contudo, o número significativo de trabalhos publicados que não mencionam a técnica empregada na análise (20,3%) vem, também, ao encontro dos resultados de outra investigação.<sup>14</sup>

Das 131 pesquisas publicadas pela revista no período considerado, 56,5% dos estudos utilizaram o cenário extra-hospitalar como local para a coleta dos dados. Desses estudos, os locais mais utilizados são as instituições educacionais (de todos os níveis) que representaram 40,5%, a rede básica de saúde (33,8%), o domicílio dos informantes (9,5%) e outros cenários (16,2%). O espaço hospitalar foi local de coleta de dados de 38,2% das investigações, dos quais as proporções são as seguintes: em diferentes cenários do hospital (20%), maternidade/alojamento conjunto (16%), ambulatório (14%), clínica médica e cirúrgica (12%), centro de tratamento intensivo (12%) e outros locais (21%).

Quando a discussão recai sobre o grau de titulação postulado pelo autor, os achados apontam para maior participação de doutores (38,6%), o que vem sendo uma das orientações da CAPES e uma tendência das publicações da enfermagem brasileira, também encontrada em outros estudos.<sup>6,9</sup> Saliente-se, também, a autoria de artigos por mestres (17,9%), estudantes de graduação (15,9%) e estudantes de pós-graduação *stricto sensu* (9,7%), explicitando, dessa maneira, que “há uma relação direta entre titulação acadêmica e produção de conhecimentos na Enfermagem”.<sup>6,649</sup>

Outro dado que chamou a atenção relaciona-se ao número de autores que se declararam ser docentes de Instituições de Ensino Superior (IES), o qual representa 64% do total de autores dos artigos oriundos de pesquisas publicadas na REME entre 1997 e 2005. Consoante a compreensão de Matheus et al.,<sup>9-12</sup> que encontrou significância semelhante, “a participação expressiva de docentes pode ser explicada pelo compromisso com a divulgação de conhecimentos por pertencerem a órgãos formadores de recursos humanos, como também, traduz o resultado dos processos de avaliação”, quer seja das próprias instituições, da CAPES ou dos programas de pós-graduação.

Em relação ao número de autores por artigo, a maioria das pesquisas publicadas neste periódico foi escrita por dois autores (42,8%), seguida daqueles com tripla autoria

(21,4%) e daqueles com a presença de quatro autores (16,8%). Esses achados convergem com os resultados de outras investigações<sup>10,14</sup>; ainda, corrobora-se com a afirmação de Rodrigues e Bagnato<sup>6,649</sup> de que esta tendência atual é resultado e “pode ser justificada pelo crescente incentivo para a formação de grupos de pesquisa, sendo cada vez menos recomendada a produção individual”.

No que tange à região geográfica em que os artigos oriundos de pesquisas se desenvolveram, observa-se a expressiva significância estatística do Sudeste brasileiro, o qual representa 91,6% do total. Essa concentração de estudos advindos dessa região tem sido encontrada em outras investigações do estado da arte do conhecimento em Enfermagem.<sup>9,17</sup> Ao encontro, também, dos achados dessas outras pesquisas, a Região Sudeste é seguida pelas regiões Sul (3,9%) e Nordeste (3%). A Região Norte, talvez pela inexistência de Programas de Pós-Graduação *stricto sensu*, não publicou nenhum artigo oriundo de pesquisa na REME no período considerado.

Saliente-se, ainda, que entre os Estados brasileiros que mais foram locais de coletas de dados, há Minas Gerais, (63,4%), São Paulo (23,2%), Rio de Janeiro (3,7%), Rio Grande do Sul (3,7%) e outros (6%). Nesse sentido, a discussão relacionada à elevada concentração na Região Sudeste e, em especial, no Estado de Minas Gerais pode ser justificada pelos objetivos da REME, ou seja, que o periódico surgiu para promover, *a priori*, a divulgação de estudos desse Estado.

Além disso, é importante destacar, também, os seguintes aspectos encontrados nesta investigação bibliográfica, embora não fizessem parte dos objetivos propostos: São 16 artigos que não tiveram a participação de doutores, o que representa 12,2% do total; a presença de profissionais de outras áreas do conhecimento (medicina, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outras) representa 7,6% do total de autores que publicaram na REME nesse período; e, 8,4% das pesquisas indicaram ter algum tipo de financiamento (Capes, CNPq, Fapemig, Fapesp e outros).

### CONCLUSÃO

A análise da produção do conhecimento das pesquisas publicadas na *Revista Mineira de Enfermagem*, no período de 1997 a 2005, foi o foco principal deste estudo. Constatou-se que, dos 213 artigos publicados ao longo desses nove anos, as pesquisas representam 61,5% do total e os resultados indicam importantes características que contribuem para a construção e consolidação não só deste periódico como veículo de divulgação da comunidade científica<sup>1</sup>, mas também de uma enfermagem compreendida como ciência, prática social e arte na área da saúde.

Nesta investigação bibliográfica, identificaram-se algumas tendências da produção do conhecimento publicada pela REME e que revelam os rumos atualmente adotados pelos pesquisadores em seus estudos científicos. Destaca-se dos achados, o resultado expressivo de trabalhos relacionados às temáticas que versam sobre a saúde da mulher, da educação/ensino em enfermagem e saúde e do cuidado/assistência em enfermagem. Esses estudos têm, na sua maioria, abordagem qualitativa e utilizam os pacientes/clientes/usuários dos serviços de saúde como os principais informantes para a obtenção dos dados.

Identificou-se que essa produção do conhecimento utiliza, predominantemente, um único instrumento para coletar os dados, configurando-se a entrevista como principal técnica empregada para esse fim. A análise de conteúdo de Bardin (nas pesquisas qualitativas) e a análise estatística (nas pesquisas quantitativas) despontaram como mais importantes mecanismos para tratamento dos dados. Na maioria desses estudos os dados foram coletados em ambientes extra-hospitalares. A titulação predominante postulada pelo autor no artigo foi o doutorado, em artigos com dupla autoria e procedentes da Região Sudeste brasileira, em especial do Estado de Minas Gerais.

Assim, há que se considerar que esta investigação apresenta como principal contribuição o fato de ter analisado um dos mais novos e importantes veículos brasileiros de disseminação das produções da enfermagem e demais áreas da saúde. Portanto, ao delinear o estado da arte do conhecimento produzido e publicado neste periódico, foi possível observar os movimentos e dinamicidades desse período que conduziram aos avanços da enfermagem nos contextos do ensino, da pesquisa e da assistência. Destaca-se, ainda a possibilidade de visualizar em que direção está apontando a produção do conhecimento, bem como as contribuições que têm oferecido para o saber e o fazer da enfermagem em seus múltiplos contextos.

### REFERÊNCIAS

1. Jesus DSS, Chianca TCM, Ferraz AF, Caliri MHL, Corrêa AR. A Revista Mineira de Enfermagem e a divulgação da produção científica na enfermagem. *REME Rev Min Enferm.* 2005; 9(2): 147-52.
2. Lana FCF, Ribeiro MPF, Ferraz AF. Revista Mineira de Enfermagem – REME: o caminho da indexação em bases de dados internacionais. *REME Rev Min Enferm.* 2005; 9(3): 253-9.
3. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). *Qualis CAPES – Periódicos de Enfermagem 2005.* [Citado em 18 dez.2006]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br>.
4. Alves DB, Santos LA. A realidade da pesquisa no DEN/UFES. *Rev Bras Enferm.* 1998; 51(4): 561-70.
5. Carvalho EC. A produção do conhecimento em Enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 1998; 6(1): 119-22.
6. Rodrigues RM, Bagnato MHS. Pesquisa em Enfermagem no Brasil: problematizando a produção de conhecimentos. *Rev Bras Enferm.* 2002; 56(6): 646-50.
7. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Matheus MCC, Adami NP, Botta LMMG, Silva CV, Castro RAP. Perfil da Acta Paulista de Enfermagem em uma década de existência. *Acta Paul Enferm* 1998; 11(n. esp.): 7-13.
10. Cabral IE. O impacto dos estudos qualitativos de Enfermagem em saúde da criança. *Rev EnfermUERJ.* 2006; 14(1): 61-6.
11. Erdmann AL, Silva IA, Rodrigues RAP, Fernandes JD, Vianna LAC et al. Teses produzidas nos programas de pós-graduação em enfermagem de 1983 a 2001. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(n. esp.): 497-505.
12. Pierin AMG, Padilha KG, Gelain I. Perspectivas da pesquisa qualitativa para a enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 1989; 2(3): 86-9.
13. Christoffel MM, Rodrigues BMRD. As abordagens metodológicas na pesquisa em Enfermagem na área de saúde da criança e adolescente: análise da produção científica no período de 1995 a 1999. *Escola Anna Nery – Rev Enferm.* 2002; 6(supl. 1): 15-24.
14. Egry EY, Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Oliveira MAC, Takahashi RF. Construindo o conhecimento em saúde coletiva: uma análise das teses e dissertações produzidas. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(n. esp.): 544-52.
15. Sydronio K, Souza IEO, Almeida JAG. Amamentação e Enfermagem: análise descritiva e relevância da produção de pós-graduação. *Rev Enferm UERJ.* 2006; 14(1): 107-12.
16. Prado ML, Gelbcke FL. Produção do conhecimento em Enfermagem no Brasil: as temáticas de investigação. *Rev Bras Enferm.* 2001; 54(1): 34-42.
17. Erdmann AL, Leite JL, Mendes IAC, Trevizan MA, Dantas CC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003. *Ciencia y Enferm* 2005; 11(2): 35-46.

Data de submissão: 05/09/07  
Data de aprovação: 13/11/2007

# ACIDENTES DE TRABALHO: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA DA ÁREA DA SAÚDE.

OCCUPATIONAL ACCIDENTS: AN ANALYSIS OF THE BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION IN HEALTH

ACCIDENTES DE TRABAJO: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA BRASILEÑA EN LA ÁREA DE SALUD

Adriana Cristina Oliveira<sup>1</sup>  
Maria Henriqueta Rocha Siqueira Paiva<sup>2</sup>

## RESUMO

Neste estudo, objetivou-se avaliar, por meio de uma pesquisa bibliográfica, a produção científica, no período de 1994 a 2005, sobre os acidentes ocupacionais do trabalhador em saúde e, em especial, do profissional do atendimento pré-hospitalar. Foram selecionados 28 artigos publicados em 8 periódicos, provenientes, principalmente, da Região Sudeste (75%). Os aspectos mais estudados foram: epidemiológico (42%), conhecimento sobre riscos e doenças ocupacionais (25%), subnotificação dos acidentes (12%) e prevenção e promoção à saúde (12%). Dentre os estudos, 74% se referiam aos profissionais da enfermagem, 22,5% à equipe multiprofissional, 3,5% a graduandos e 100% estavam voltados para o ambiente hospitalar. A maior parte dos acidentes esteve relacionada ao manuseio de objetos perfurocortantes (42%). Nenhum estudo avaliou os acidentes de trabalho entre profissionais do atendimento pré-hospitalar, embora a atividade deles seja semelhante à de qualquer profissional que trabalha em situações de atendimento emergencial.

**Palavras-chave:** Acidentes de trabalho; Exposição Ocupacional; Categorias de Trabalhadores

## ABSTRACT

This study intends to evaluate, through bibliographical research, the scientific production from 1994 to 2005, on health workers' occupational accidents, and especially workers in the pre-hospital service. Twenty-eight papers were selected from eight journals, mainly from the southeast area (75%). The principal aspects studied were: epidemiological (42%), knowledge on risks and occupational diseases (25%), under-notification of accidents (12%), and prevention and promotion of health (12%). Of the studies referred to, 74% were about nursing workers, 22.5% the multi-professional team, and 3.5% students. 100% of the studies were carried out in hospitals. Most of the accidents were related to the handling of sharp objects (42%). In spite of the activities involved, none of the studies evaluated the occupational accidents among workers of the pre-hospital service, although they are also part of the emergency service.

**Key words:** Accidents, Occupational; Occupational Exposure; Occupational Groups

## RESUMEN

En este trabajo se buscó evaluar, a través de una investigación bibliográfica, la producción científica entre 1994 y 2005, sobre accidentes ocupacionales del trabajador de salud y, sobre todo, del profesional de atención prehospitalaria. Se seleccionaron veintiocho artículos de ocho periódicos, principalmente del área del sudeste (75%). Los principales aspectos estudiados fueron: epidemiológico (42%), conocimiento de riesgos y enfermedades profesionales (25%), sub-notificación de accidentes (12%), y prevención y promoción de salud (12%). De los estudios, el 74% se referían a profesionales de enfermería, 22.5% al equipo multiprofesional, y 3.5% a los estudiantes. Todos los estudios se llevaron a cabo en ambiente hospitalario. La mayoría de los accidentes está vinculado al manejo de objetos perforocortantes (42%). Ningún estudio evaluó accidentes entre profesionales de atención prehospitalaria, a pesar de que sus tareas son semejantes a los demás profesionales que trabajan en atención de urgencias.

**Palabras clave:** Accidentes de Trabajo; Exposición Profesional; Grupos Profesionales

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG.

<sup>2</sup> Enfermeira do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Mestre em Enfermagem.

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da UFMG. Departamento de Enfermagem Básica. Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - Belo Horizonte / MG.

CEP 30-130-100

E-mail: acoliveira@ufmg.br.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o advento da descoberta dos modos de transmissão de várias doenças e, em especial, dos vírus da hepatite B (HBV), C (HCV) e da imunodeficiência humana (HIV), os trabalhadores em saúde passaram a enfrentar importantes riscos ocupacionais em suas atividades cotidianas.

Os Estados Unidos, a partir de 1996, recomendaram, pelo *Guidelines* de Precauções de Isolamento, do Centers for Disease Control and Prevention, que todo e qualquer paciente deve ser atendido como potencialmente portador de uma doença infecto-contagiosa. Dessa forma, o profissional de saúde deve, obrigatoriamente, utilizar luvas no caso de contato com sangue e secreções diante da adoção das precauções-padrão. Além disso, estão incluídos nessa categoria de precauções a higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual quando necessário (óculos protetor, avental e máscara), vacinação contra hepatite B e descarte adequado do material perfurocortante.<sup>1</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, todo acidente de trabalho que envolva sangue ou fluidos corporais deve ser tratado como caso de emergência clínica a fim de potencializar a eficácia do tratamento clínico imediato.<sup>2</sup>

Para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a abordagem da exposição ocupacional é parte fundamental de seu programa no que se refere à regulamentação de políticas que minimizem os riscos de transmissão da infecção não só entre os pacientes, mas, sobretudo, entre os profissionais de saúde. As medidas de biossegurança devem ser aplicadas para o controle da exposição às doenças infecto-contagiosas por meio dos programas de educação permanente dos profissionais, de imunização e de controle das epidemias.

Compreende-se, nesse contexto, como biossegurança, o conjunto de medidas, normas e procedimentos considerados seguros e adequados à proteção, manutenção da saúde e bem-estar do trabalhador em atividades de risco de aquisição de doenças profissionais.<sup>3</sup>

Dentre os trabalhadores em saúde, destacam-se aqueles do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), por prestarem assistência direta ao paciente fora do âmbito hospitalar, visando à manutenção da vida e à minimização das seqüelas às vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada a uma instituição de atendimento especializado.

A complexidade e a invasibilidade dos procedimentos realizados durante o atendimento ao usuário do APH têm se tornado cada vez mais freqüentes, tais como realização de intubação, aspiração de conteúdo traqueal, rafia de vasos por amputação traumática, contenção de hemorragias por outras lesões, acesso central e periférico, massagem cardíaca a céu aberto, além de outras. Tais procedimentos tornam, assim, o profissional do APH tão susceptível aos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho quanto qualquer outro que preste assistência à saúde.

Diante desse contexto, o presente estudo objetivou avaliar, por meio de uma revisão bibliográfica, a produção científica publicada em periódicos nacionais nos últimos

doze anos, acerca dos acidentes de trabalho relacionados ao trabalhador em saúde.

## MATERIAL E MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica que inclui artigos publicados em periódicos brasileiros, no período de 1994 a 2005. A revisão foi realizada nas seguintes bases de dados: Base de Dados da Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline).

Primeiramente foram utilizados descritores em concordância com a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a seguinte combinação: *acidentes de trabalho* e *serviços médicos de emergência*, não se obtendo nenhuma publicação utilizando esses termos. Em seguida, foram utilizados os descritores *acidentes de trabalho* e *enfermagem em emergência*, e novamente a resposta à consulta foi negativa.

Optou-se, então, por utilizar o descritor *acidente de trabalho* e a palavra livre *atendimento pré-hospitalar*, e novamente não foi obtida nenhuma publicação. Com base nessa busca, foram utilizados o descritor *acidente de trabalho* e a palavra livre profissional de saúde. Utilizando esses termos foram obtidos 52 artigos nas bases de Dados BDENF-Base de Dados em Enfermagem, na LILACS e na MEDLINE.

Como análise prévia, foi realizada a leitura dos resumos, verificando a duplicidade de alguns artigos que se encontravam presentes em mais de uma das bases consultadas, sendo que o artigo duplicado foi desprezado, resultando numa amostra final de 28 artigos.

Como formas de análise, foram propostos os seguintes itens: tipo de publicação (teses, dissertações, pesquisas de campo e monografias); identificação do periódico (em que revista o artigo foi publicado); momento de publicação (1994-2005); região brasileira de publicação (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); quantidade de artigos publicados por autor (um, dois, três ou mais artigos); ênfase na abordagem para o desenvolvimento do estudo (epidemiologia, conhecimento do profissional sobre os riscos inerentes à exposição ocupacional, adesão às medidas de precaução, prevenção e promoção de saúde e subnotificação de acidentes de trabalho); categoria profissional dos sujeitos dos estudos (enfermagem, médicos, estudantes, técnicos de laboratório, profissionais de limpeza e outros); riscos ocupacionais identificados (biológico, físico, químico, ergonômico, psicológico); e material infectante (material perfurocortante, secreção e excreção) envolvido no acidente de trabalho.

Os resultados obtidos foram analisados e apresentados em valores absolutos e percentuais, por meio de tabelas e gráficos.

## RESULTADOS

No período entre 1994 e 2005, foram publicados 28 artigos sobre acidentes de trabalho com profissionais de saúde em 8 periódicos, originados das seguintes modalidades: teses (4), dissertações (8), pesquisas de campo (12) e monografias (2), apresentados a seguir.

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS BRASILEIROS SOBRE ACIDENTES DE TRABALHO ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE. BRASIL – 1994-2005 (N=28).**

Periódico	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	%
Revista Latino- Americana de Enfermagem		01	01	03	01	03		02	11	39
Revista da Escola de Enfermagem da USP	01	02			01	02			06	19
Revista Brasileira de Enfermagem			01				01	02	04	13
Texto e Contexto da Enfermagem					01		01		02	07
Revista de Enfermagem da UERJ			01	01					02	06
Revista Baiana de Enfermagem						01			01	03
Revista Gaúcha de Enfermagem					01				01	03
Rev. de Enfermagem da Esc. Anna Nery				01					01	03
<b>Total</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>05</b>	<b>04</b>	<b>06</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fonte: BVS, 2006

Mediante análise detalhada dos dados obtidos pelas publicações nesse período, verificou-se que entre 1994 e 1996 e em 2005 não houve registro de nenhuma publicação, por isso esses anos não constaram da Tabela 1. A não-inclusão deles possibilitou uma visão mais homogênea das informações.

Para a análise da procedência do artigo, verificou-se que a maioria dos trabalhos (75%) foi procedente da Região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte), sendo que o Estado de São Paulo contribuiu com 55% da totalidade dos artigos publicados, seguido da Região Sul com 13%, Região Centro-Oeste com 7% e Região Nordeste com 3%. A Região Norte não registrou publicação sobre o assunto no período analisado (1994-2005).

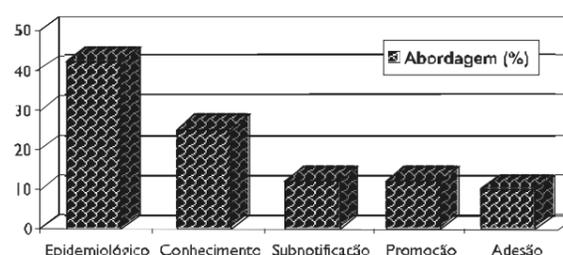
Na avaliação quanto à autoria dos artigos, 50 autores distintos participaram da elaboração deles, sendo que uma pequena parcela destes (2%) também contribuiu com a elaboração de até 7 artigos publicados sobre o assunto analisado. No entanto, a maioria dos autores (70%) participou apenas da elaboração de um estudo conforme registrado na Tabela 2.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS POR AUTOR SOBRE ACIDENTES DE TRABALHO ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE. BRASIL – 1994-2005.**

Quantidade de artigos publicados	Autores (n=50)	%
1 artigo	34	70
2 artigos	9	18
3 artigos	4	8
5 artigos	1	2
6 artigos	1	2
7 artigos	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: BVS, 2006.

Em relação à ênfase dada na abordagem dos estudos, foram encontradas cinco categorias distintas que expressam a preocupação dos autores, apresentadas no Gráfico 1.



**GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DE ACORDO COM A ÊNFASE NA ABORDAGEM PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO SOBRE ACIDENTES DE TRABALHO ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE. BRASIL – 1994-2005 (N= 28).**

O aspecto *epidemiológico* correspondeu a 42% dos trabalhos realizados, seguido do *conhecimento sobre riscos e doenças ocupacionais* (25%). A transmissão ocupacional de patógenos veiculados pelo sangue é usualmente associada à violação dos princípios básicos de controle de infecção, porém o conhecimento sobre a *adesão às medidas de precaução* foi enfocado em apenas 10% dos artigos, sendo a *subnotificação dos acidentes de trabalho* e os estudos sobre *prevenção e promoção à saúde* destacados em 12% dos estudos, respectivamente.

Com relação aos profissionais de saúde, observou-se que 74% dos estudos referiram-se aos *profissionais da enfermagem*, 22,5% à *equipe multiprofissional* e 3,5% aos *graduandos*.

Para os riscos inerentes à exposição ocupacional foram detectadas cinco categorias que se encontram no Tabela 3.

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS DE RISCOS OCUPACIONAIS ANALISADAS POR ARTIGO ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE. BRASIL – 1994-2005 (N=5).**

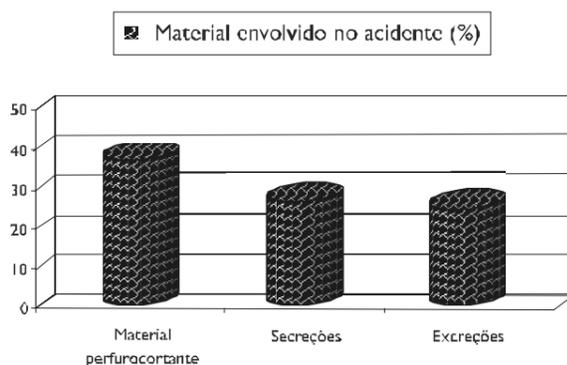
Categoria de risco ocupacional	Quantidade de artigos em que o risco ocupacional é analisado	%
Biológico	24	35
Ergonômico	13	19
Físico	11	16
Químico	11	16
Psicológico	10	14

Fonte: BVS, 2006.

Observou-se que os autores abordaram mais de uma categoria de risco em cada estudo, ou seja, cada artigo abordou as categorias de risco envolvidas na análise dos acidentes de trabalho, enfatizando, assim, uma análise mais ampla de fatores ligados à exposição ocupacional.

Analisando-se a relação entre acidentes de trabalho e o material envolvido, observou-se que a maior parte dos acidentes se deu pelo manuseio de material perfurocortante (42%), seguido de contato com secreções (30%) e excreções (28%), conforme apresentados no Gráfico 2.

**GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO DO MATERIAL RELACIONADO A ACIDENTES DE TRABALHO ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE. BRASIL – 1994-2005 (N=28).**



#### DISCUSSÃO

De acordo com a frequência observada, 39% dos artigos foram publicados na *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19% na *Revista de Enfermagem da USP* e 13% na *Revista Brasileira de Enfermagem*. Pode-se inferir que a grande concentração das publicações nessas revistas aponta para sua credibilidade, sua ligação com o meio acadêmico, referência para a produção de pesquisa em âmbito nacional e ampla circulação entre profissionais de saúde. Deve-se considerar, também, que a classificação Qualis/CAPES incentiva os autores a procurar determinados periódicos em detrimento de outros.

Quanto ao momento de publicação, constatou-se que o período entre 1994 e 1999 correspondeu a 25% das

publicações e no período seguinte (2000 a 2005) observou-se um aumento significativo de artigos publicados (75%). Pode-se inferir que essa ocorrência seja a resposta direta à ênfase dada à transmissão ocupacional de determinadas doenças entre os profissionais de saúde após a publicação pelo CDC do *Guidelines* de precauções e isolamento em 1996.

Em relação à distribuição do número de artigos publicados por autor sobre acidentes de trabalho envolvendo profissionais de saúde, observou-se que 14% dos autores contribuíram com mais de três artigos. Pode-se verificar com esse dado que o assunto é polêmico e tem sido alvo de preocupação para autores ligados à formação acadêmica que atuam em linhas de pesquisa relacionadas à saúde do trabalhador, epidemiologia e controle de infecção nas Regiões Sul e Sudeste do País principalmente.

De acordo com a ênfase na abordagem para o desenvolvimento dos estudos, os aspectos ligados à prevenção e ao controle de infecções hospitalares sempre foram temas relevantes; atualmente, eles assumem maior importância com o recrudescimento de doenças consideradas erradicadas ou controladas, a emergência de novos patógenos, a resistência bacteriana aos antibióticos e o aumento de patologias envolvendo imunodeficiência humana. Isso exige do profissional de saúde constantes revisões conceituais e ideológicas, capazes de auxiliá-lo nas discussões críticas e tomadas de decisão em seu trabalho.<sup>4</sup>

O ser humano avançou em todas as áreas do conhecimento técnico e científico, mas se mostra distante e alheio ao cuidado consigo mesmo. O fato torna-se preocupante quando são focalizados os profissionais da área de saúde e, em especial, da enfermagem, que hoje constitui parcela importante dos profissionais que se encontram expostos aos riscos ocupacionais no exercício profissional.

De acordo com os resultados obtidos, entre os profissionais acidentados em saúde, o maior risco de exposição foi encontrado na equipe de enfermagem. Talvez por isso se justifique ter sido o maior alvo dos estudos realizados e analisados no período, embora se perceba grande preocupação, na atualidade, em focar o perfil dos acidentes entre a equipe multiprofissional.

Os estudos que descrevem acidentes de trabalho envolvendo profissionais de saúde em áreas hospitalares específicas concentram-se naquelas de alto risco, como centro cirúrgico, centro de material esterilizado, pronto atendimento e unidades de terapia intensiva, porém nenhum estudo foi realizado em serviços de atendimento pré-hospitalar.

Por não se ter obtido nenhum artigo relacionado ao APh, pode-se inferir que tal fato tenha relação direta com o seu tempo de atuação na comunidade e que as abordagens de pesquisa enfocando o APh estejam mais voltadas para a proposição e a adequação de protocolos clínicos. Entretanto, pelo seu processo de trabalho e tamanha semelhança com os riscos de exposição a agentes biológicos, como todo e qualquer profissional de saúde, os profissionais atuantes nessa área começam a despertar a atenção dos pesquisadores, ainda que de forma incipiente.

Com relação à distribuição de riscos ocupacionais inerentes à exposição durante o exercício profissional, o

risco biológico foi o fator mais investigado no que se refere à contribuição para a ocorrência de acidentes de trabalho nos artigos analisados. Nota-se, também, uma crescente preocupação em analisar o profissional de saúde inserido no contexto do trabalho de forma ampla, uma vez que riscos ergonômicos, físicos, químicos e psicológicos mereceram destaque.

A análise mostrou, ainda, que a maior parte dos acidentes envolvendo os profissionais de saúde relacionou-se ao manuseio de objetos perfurocortantes, principalmente pela equipe de enfermagem. As picadas de agulhas foram registradas como responsáveis por 80% a 90% destes entre os trabalhadores de saúde. Sabe-se, entretanto, que o risco de transmissão de uma doença por meio de uma agulha contaminada equivale a um em três para Hepatite B, um em trinta para Hepatite C e um em trezentos para HIV. Atualmente, alguns estudiosos têm relatado acidentes dessa natureza com outros profissionais de saúde e também com profissionais de limpeza.<sup>4-11</sup>

Nenhum dos estudos analisados referiu-se à cobertura vacinal contra hepatite B entre os profissionais de saúde, fato bastante preocupante, tendo em vista que alguns apontam que a incidência da hepatite B e da hepatite C entre trabalhadores da área de saúde é maior que na população em geral, atingindo índices de susceptibilidade dez vezes mais altos para hepatite B.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 28 artigos selecionados no período entre 1994 e 2005 foram publicados em 8 revistas, sendo que três delas são consideradas de ampla circulação no meio acadêmico.

As publicações procederam, em sua maioria (75%), da Região Sudeste, sendo São Paulo o Estado que mais contribuiu (55%) com conhecimento na área de riscos ocupacionais e acidentes de trabalho entre profissionais de saúde no período analisado.

Foi observada uma concentração de publicações no período entre 2000 e 2002, inferindo-se ser esse reflexo direto das mudanças propostas pelo *Guidelines* de Precauções e Isolamento de 1996, que recomendou a adoção do equipamento de proteção individual e precauções por vias de transmissão como condutas sobre o contato com o paciente.

Um pequeno grupo de autores (14%) publicou três ou mais artigos sobre o tema em questão, demonstrando preocupação em analisar a situação entre a equipe multiprofissional. Verificou-se, ainda, que esse grupo foi composto estritamente por pesquisadores ligados a importantes centros de ensino brasileiros.

Grande ênfase (42%) foi dada aos aspectos epidemiológicos do conhecimento sobre riscos ocupacionais e acidentes de trabalho entre profissionais de saúde. Considerando os diferentes aspectos dos acidentes de trabalho e a atual dimensão do problema da transmissão do HIV em nosso meio, mediante o contato com indivíduos infectados e assintomáticos, o contágio durante a atividade profissional torna-se uma realidade, fazendo com que sejam indispensáveis à observação irrestrita as recomendações de adesão às normas de proteção individual durante as atividades profissionais de rotina.

A equipe de enfermagem (74%) foi a categoria profissional em que foram mais prevalentes os acidentes de trabalho, fato que, provavelmente, se deve ao maior contato entre o profissional de enfermagem e o paciente, favorecido pelo contingente de enfermagem e a carga horária de trabalho. Nenhum dos artigos, porém, fez referência ao profissional do APH.

Quanto ao local de estudo, foi observado, predominantemente, o ambiente hospitalar. Entretanto, na atualidade, verifica-se que a assistência à saúde já não ocorre exclusivamente dentro de organizações hospitalares; atualmente a prestação de cuidados pode acontecer anteriormente à chegada do indivíduo a uma unidade hospitalar (APH) e, ainda, em muitos casos, pode estender-se após sua alta nos cuidados domiciliares.

Apesar da preocupação com o risco biológico e por este ter sido abordado na maioria dos artigos (35%), nota-se a preocupação dos pesquisadores em analisar outras nuances que podem interferir na saúde do trabalhador, tais como riscos físicos, químicos, ergonômicos e psicológicos.

Acidentes de trabalho envolvendo manipulação de material perfurocortante (42%) continua sendo o item mais expressivo nessa categoria, o que permite concluir que o profissional de saúde apresenta baixa adesão às normas de biossegurança e recomendações.

Nos artigos analisados, observou-se que nenhum deles explorou os acidentes de trabalho entre profissionais do APH, embora esse profissional se encontre no mercado de trabalho desde 1980. Destaque-se, ainda, a atuação desse profissional no atendimento a vítimas em vias públicas, decorrentes dos mais diversos acontecimentos, como acidentes de trânsito, traumas com lesões de barreiras epiteliais e/ou mucosas, cujo quadro, na maioria das vezes, exige a realização de procedimentos complexos/invasivos para a manutenção da vida em ambientes inadequados e improvisados. Assim, sugere-se que o profissional do APH tenha maior atenção, por se encontrar exposto aos riscos de acidentes ocupacionais envolvendo material biológico como qualquer outro profissional que trabalha em situações de atendimento emergencial.

Finalmente, diante da atual relevância do serviço prestado pelo APH à população, bem como da qualidade e da rapidez de assistência proporcionada, além da exposição ocupacional do profissional, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estudos que contemplem esse trabalhador de saúde, seja no aspecto do seu processo de trabalho, seja diante de riscos em sua atividade ou qualificação permanente para sua prática, visando à maior segurança para o indivíduo assistido e o profissional assistente.

#### REFERÊNCIAS

1. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Epidemiol.* 1996;1(17):54-80.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 824 de 24 de junho de 1999. Estabelece normas relativas ao atendimento pré-hospitalar. *Diário Oficial da União.* Brasília; 1999.
3. Oliveira AC. Infecções hospitalares- epidemiologia, prevenção e controle. Belo Horizonte: Guanabara Koogan; 2005. 710p.
4. Azambuja EP, Kerber NPC, Vaz MRC. A compreensão da organização do trabalho em saúde através da vivência dos trabalhadores com acidente de trabalho. *Texto Contexto Enferm.* 2003 jul; 12(3):289-97

5. Brevidelli MM, Cianciarullo T. Analysis of needle stick injuries at a university hospital: situations of occurrence and trends. *Rev Latino-am Enferm.* 2002 nov.; 10(6): 780-6.
6. Brevidelli M, Cianciarullo T. Compliance with standard-precautions among medical and nursing staff at a university hospital. *Online Braz J Nurs* [serial online]. 2006 Apr.[Citado em 12 jun. 2007]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=407&layout=html>
7. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 2004 jan.; 12(1):136-42.
8. Nishide VM, Benatti MCC. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enferm.* 2000 out.; 8(5): 204-11.
9. Oliveira BR, Murofusa NT. Occupational accidents and occupational disease: study of the hospital workers' knowledge about health risks of their work. *Rev Latino-am Enferm.* 2001 jan.; 9(1):109-15.
10. Prado MA, Melo DS, Machado KM, Santos SL, Gir E, Canini SR, Pelá NT. Potentially infectious residues at hemotherapy services and interfaces with infectious diseases. *Rev Bras Enferm.* 2004 nov.; 57(6): 706-11.
11. Shimizu HE, Ribeiro EJ. Frequency of occupational accidents caused by sharp-edged hollow-pointed equipment and biological fluids among medical students and health personnel in a teaching hospital in the city of Brazilia. *Rev Esc Enferm USP.* 2002 dez.; 36(4): 367-75.
12. Canini SRMS, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev Latino-am Enferm.* 2002 mar.; 10(2): 172-8.
13. Ciorlia LAS, Zanetta DMT. Significado epidemiológico dos acidentes com material biológico: hepatites B e C em profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab.* 2004 2(3): 191-9.
14. Machado AA, Costa JC, Gir E, Moriya TM, Figueiredo JFC. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (hiv) em profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública.* 1992 fev.; 26(1): 54-6.

Data de submissão: 25/05/07  
Data de aprovação: 13/12/07

# O TEMPO: UMA QUESTÃO NO ENSINO DA ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA

TIME: AN ISSUE IN TEACHING PSYCHIATRIC NURSING

EL TIEMPO: UNA CUESTIÓN EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA PSQUIÁTRICA

Teresa Cristina da Silva<sup>1</sup>  
Paula Cambraia Mendonça Vianna<sup>2</sup>  
Marília Rezende da Silveira<sup>3</sup>

## RESUMO

Este trabalho baseia-se na experiência vivenciada pelas autoras deste estudo no ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica e tem como objetivo realizar articulações teóricas sobre o ensino dessa disciplina e suas particularidades, em especial sobre a intervenção no tempo, realizada como uma experiência de fazer diferente. Para tanto, recorre-se a conceitos que a psicanálise possui – elaboração em Freud e o tempo e suas três asserções possíveis em Lacan – para subsidiar a discussão. Conclui-se que o tempo é algo que surge como fator essencial no ato de ensinar Enfermagem Psiquiátrica, tomado como a dimensão na qual se encontra o espaço para que o aluno, ao deparar com conteúdos que o remetem a questões de sua vida psíquica, possa encontrar condições de elaboração psíquica.

**Palavras-chave:** Enfermagem Psiquiátrica; Psicanálise; Ensino; Aprendizagem

## ABSTRACT

This work is based on the authors' experience in teaching Psychiatric Nursing disciplines. The objective is to carry through theoretical ideals on the teaching of Psychiatric Nursing and, in particular, on the interventions carried out while trying to make a difference. For in such a way, it appeals to the concepts of psychoanalysis – elaboration in Freud and time and its three possible assertions in Lacan – to subsidize the argument. We conclude that time is an essential factor in the act to teaching Psychiatric Nursing, as the dimension in the which the student has the opportunity to work on content that refer him/her to his/her psychic life.

**Key words:** Psychiatric Nursing; Psychoanalysis; Teaching; Learning

## RESUMEN

El presente trabajo está basado en la experiencia de sus propias autoras en la enseñanza de la asignatura Enfermería Psiquiátrica. Su propósito es realizar articulaciones teóricas acerca de la enseñanza de dicha materia y sus particularidades, especialmente sobre la intervención en el tiempo, realizada como una experiencia de hacer algo diferente. Para ello recurre a conceptos propios del psicoanálisis tales como la elaboración en Freud y el tiempo y sus tres acepciones posibles, según Lacan, para sostener la discusión. Concluye que el tiempo es algo que surge como factor esencial en el acto de enseñar Enfermería Psiquiátrica, considerado como la dimensión en la cual se encuentra el espacio para que el alumno, al enfrentarse con contenidos que lo remiten a cuestiones de su vida psíquica, pueda encontrar condiciones de elaboración psíquica.

**Palabras clave:** Enfermería Psiquiátrica; Psicoanálisis; Enseñanza; Aprendizaje

<sup>1</sup> Enfermeira. Psicóloga. Mestre em Enfermagem. Professora assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Rua Antônio Olinto, 637/402, Bairro Esplanada. Belo horizonte – MG CEP- 30280-040.

E-mail: teresac@ufmg.br.

## INTRODUÇÃO

Fala-se a partir da experiência na docência no curso de graduação em Enfermagem, mais especificamente, em disciplinas da área de conhecimento de saúde mental/psiquiatria.

Antes de tudo, deve-se conceber a idéia de que ensinar é uma tarefa que comporta algo de impossível. Quando essa tarefa se refere à questão da loucura, tem-se uma impossibilidade que desemboca em outra, talvez um pouco maior e permeada por equívocos, estigmas, concepções marcadas pelo preconceito, pela desconfiança e por uma boa dose de não saber.

O saber sobre a loucura é algo em permanente construção. Já na Antigüidade reconhecia-se que, dadas as condições alheias à vontade do homem, ele podia ter seu comportamento alterado. Dessa época até os dias atuais, muito se compreendeu sobre a loucura, porém muito ainda permanece como enigma. A diversidade implicada nos mecanismos de produção e delineamento da loucura intriga aqueles que dela se ocupam.<sup>1</sup>

Essa questão ganha maior vulto quando se trata de ensinar sobre a loucura a alunos de graduação. O termo “loucura” é abrangente e passível de inúmeras definições quando se consideram as diversas e divergentes abordagens teóricas. Percorrendo a História, observam-se mudanças profundas no conceito de loucura, marcadas pelo pensamento filosófico vigente sobre o humano e pelo panorama político e econômico de cada momento.

Pode-se dizer que essas concepções variam desde a noção da loucura como uma possessão demoníaca até o momento em que é admitida como doença. Pode-se afirmar que de Homero até a tragédia grega predomina uma primeira perspectiva sobre o que venha a ser a loucura. Tem-se como enfoque vigente o denominado enfoque mitológico-religioso da loucura. Entre os trágicos, principalmente na obra de Eurípides, instaura-se a concepção passional, numa vertente mais psicológica dos desvarios. De Hipócrates a Galeno consolida-se uma doutrina rigidamente organicista da insensatez ou da des-razão.<sup>1</sup>

Com o advento das idéias da reforma psiquiátrica brasileira, que se caracteriza como um campo heterogêneo no qual a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico se fazem presentes, verificam-se avanços a respeito das propostas e concepções até então vigentes.<sup>2</sup> Novos serviços, substitutivos ao modelo manicomial e asilar, são criados. E, para que eles se sustentem, torna-se fundamental uma reformulação conceitual. A doença mental, para além de sinais e sintomas, torna-se uma questão de existência. Para cuidar do doente mental “deve-se levar em conta tudo o que diga respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia, até a dimensão subjetiva...”.<sup>3</sup>

Em relação à enfermagem inserida nesses novos serviços, torna-se imperioso ocupar um lugar diferente do historicamente definido no qual a função de custódia se sobrepunha às demais. Os enfermeiros vivenciam a maior inserção nas atividades clínicas e compartilham com os demais membros da equipe ações administrativas não específicas.<sup>4</sup>

Entretanto, pode-se afirmar que, a despeito dos novos caminhos, muito do que foi pensado na Antigüidade ainda funciona como base ou elemento norteador das concepções sobre a loucura. Em especial, muito da concepção psicológica ainda permanece, sem que se negue algo mitológico ou mesmo orgânico, enquanto elementos fundantes na experiência da loucura. Tudo isso se deve à complexidade do tema em questão. É certo que a maior modificação encontra-se na valoração – ou na ausência – dessas concepções. Algo do tipo: pode haver excesso de passionalidade na loucura, mas qual é o problema?

Há que se dizer que tais reformulações foram e ainda são construídas com base no fazer-pensar daqueles profissionais que se propõem a lidar com a loucura ou daqueles outros (não profissionais) que, forçosamente, se vêem às voltas com ela. Outros profissionais conservam idéias que prevalecem no imaginário popular, e nesse sentido pode-se dizer que

o olhar sobre a loucura e, inclusive o olhar da loucura, bem como o discurso sobre a loucura e o discurso do louco conjugaram-se com uma ambiência na qual se selou, com consideráveis conseqüências, o destino dos insanos: incapazes, irracionais, estranhos, improdutivos, indóceis, alienados, excessivos, afetados, passionais, perigosos, degenerados, bizarros, inconvenientes, imprevisíveis.<sup>5</sup>

Mesmo entre trabalhadores de uma instituição que atende portadores de sofrimento psíquico, encontrou-se, entre os entrevistados de nível médio, administrativo e dirigentes dessa instituição, uma antiga noção da periculosidade marcando a concepção de loucura. Essa noção, ao ver desses trabalhadores, requereria internação como forma de abordagem e tratamento.<sup>6</sup>

Vale ainda ressaltar que mesmo as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem dar-se conta, reproduzir a institucionalização e valer-se em sua prática de atos embasados em conceitos arraigados que muito se distanciam daqueles que sustentam a lógica antimanicomial.<sup>7</sup> Para isso, aposta-se na perspectiva de uma constante construção coletiva.

E mais, as inexistências historicamente construídas sobre o louco e a loucura acabaram por “contaminar” até mesmo a valorização social dos profissionais de enfermagem que lidavam com os doentes mentais. Em uma análise histórica das práticas de enfermagem, identificou-se que ainda no século XX a sociedade lançava um olhar carregado de preconceitos aos trabalhadores dessa área, por entendê-la como atividade profissional “degradante, insalubre, devido à agressividade que supostamente caracterizava os doentes mentais...”.<sup>8:26</sup>

As percepções de alunos de enfermagem sobre o louco ou a loucura foram investigadas por alguns autores.<sup>9,10,11,12</sup> Estudos<sup>10,11,12</sup> realizados com alunos que ainda não haviam passado pelas disciplinas da área de saúde mental/psiquiatria mostram que as noções encontradas entre alunos se aproximam das concepções advindas do senso comum. Esses alunos identificam os loucos como [...] “pessoas que transmitiam receio e medo, podendo ser pessoas perigosas, sujas e diferentes”.<sup>12:5</sup>

Em um estudo sobre o perfil de atitude dos alunos do curso de Enfermagem frente aos doentes mentais encontrou-se

[...] um conteúdo de caráter autoritário, restritivo e discriminador, levando ao entendimento de que, mesmo nos dias atuais, onde se evidencia a real abertura dos grandes hospitais psiquiátricos [...], o portador de doença mental ainda é visto como alguém que apresenta periculosidade, é irrecuperável e precisa ser mantido sob portas trancadas e vigilância...<sup>10:8</sup>

Essas concepções se renovam nas situações de ensino aprendizagem, ganhando importância quando se trata de ensinar algo que requer incursão no mundo “psi” para alunos que se orientaram pelo modelo positivista da ciência e que carregam consigo conceitos gestados ao longo de sua vida no imaginário social ou mesmo em alguma sofrida vivência familiar ou pessoal.

Observando mais de perto o estágio dos alunos no hospício,<sup>4</sup> vamos presenciar e ouvir representações sociais coletivas sobre a loucura e o louco que não têm ligação direta com o conteúdo teórico ministrado, mas representam uma eficácia orientadora e prática inquestionável. Pequenos conceitos, pré-conceitos, trocas simbólicas, experiências pessoais ou coletivas moldam um pensar e um agir em relação ao doente, que gostemos ou não, vão influenciar diretamente na qualidade da assistência e na relação estabelecida com ele.<sup>13:65</sup>

Dessa forma, o aprender na disciplina Enfermagem Psiquiátrica é permeado, inicialmente, por fantasias, receios e medos em relação ao doente mental. Essa situação há muito vem sendo discutida pelos docentes.<sup>14</sup> E, indo mais além, pode-se inferir que o conteúdo teórico nela ministrado pouco pode contornar um conhecimento construído e validado pelo senso comum, embora o façamos com tal expectativa.

Assim, os enigmas encetados pela presença de loucos entre nós sempre trouxeram aos que se debruçam sobre a questão ou são confrontados mais diretamente com ela muito desconforto. Esse incômodo, por vezes, é traduzido e verbalizado como medo da inconstância e da imprevisibilidade do louco.

Além dessas questões, outra se impõe como elemento desse complexo cenário. Retomando alguns aspectos históricos, tem-se que a enfermagem moderna surge em plena vigência do puritanismo inglês. Assim, autocontrole, sobriedade, firmeza de sentimento, redução de envolvimento, discrição nas emoções expressadas, além da atenção, são habilidades valorizadas, até mesmo exigidas, de uma boa enfermeira. Anteriormente a isso, ao propor uma enfermagem que se inscrevesse nos moldes da racionalidade científica, hegemônica no século XIX, Florence Nightingale fez o resgate e a reorganização de um saber da enfermagem que incorporasse essa racionalidade científica, dando a essa profissão um *status* de ciência. Com isso, para além de uma organização de saberes, Florence colocou a enfermagem numa posição de igualdade com as demais ciências da época.<sup>13</sup>

Essa condição científica é marcada, assim, pelas idéias positivistas, muito presentes no ensino de enfermagem. Exemplificando, sabe-se que, a partir do ensino de um conjunto de sinais e sintomas, objetivamente definidos em pesquisas, pode-se definir e compreender determinado quadro patológico. De outra forma, as patologias têm descrições mais ou menos detalhadas de sua fisiopatologia e dos seus mecanismos de produção. O ensino dessas doenças e, mais que isso, dessa lógica de pensamento racionalmente definida encontra-se incorporado ao ensino de enfermagem. Isso pode ser percebido mais claramente quando se ensina ao aluno formas de sistematizar a assistência de enfermagem. Parte-se dos problemas e riscos identificados e chega-se às ações.

Entretanto, ensinar sobre aspectos que dizem respeito ao comportamento humano implica uma lógica diferente. Nessa área, os quadros de sinais e sintomas não estão rigidamente definidos e muitos aspectos referentes às alterações fisiopatológicas ainda são totalmente obscuros. Noções tão importantes, como as de prevenção e cura, nessa área, ganham contornos diferentes daqueles adotados em outras áreas de conhecimento da saúde. Pode-se afirmar que a mente humana ainda não se deixa traduzir apenas pelos esclarecimentos somáticos. Tudo isso se coloca como uma especificidade do ensino de Enfermagem Psiquiátrica e como uma exigência a mais feita àquele que deseja saber sobre o adoecer psíquico.

Ainda na vertente do ensino da Enfermagem Psiquiátrica, há que se pensar no importante papel que uma possível identificação do aluno, ora com a doença, ora com o doente, pode desempenhar numa situação de ensino-aprendizagem.<sup>15</sup>

Tem-se que um dos tradicionais livros de Enfermagem Psiquiátrica<sup>16</sup> havia muito apontava para a importância de permitir um “distanciamento” tanto da teoria quanto da prática para que, assim, se pudesse analisar a situação da doença e do doente mental com mais clareza. Um estudo mais recente aponta para a importância que a noção de autoconhecimento adquire no processo ensino-aprendizagem da Enfermagem Psiquiátrica.<sup>17</sup> O conhecimento de si mesmo, tanto na visão do aluno quanto na visão do docente, figura como recurso fundamental para habilitá-lo a cuidar do outro. Mas por que isso se torna tão importante? Possivelmente, uma das respostas reside na identificação.

Não é pouco freqüente que, após terem lido alguns conteúdos, em especial sobre as nosologias psiquiátricas, os alunos passem a se questionar sobre seu próprio estado mental ou das pessoas com as quais convive. Assim, ao ler sobre condições muito próximas às suas vivências diárias, tais como a ansiedade, os sintomas depressivos, ou outras, nem tão próximas assim, tais como delírios, alucinações, alguns traços fóbicos, perversos, os alunos identificam a si mesmo ou a seus familiares. Pode-se dizer que o enfrentamento de tais conteúdos com base nas concepções sobre louco e a loucura apresentadas e discutidas até aqui podem funcionar como fator determinante para que essa identificação aconteça e, ao mesmo tempo, um obstáculo ao trabalho de aprender. Uma vez enredados nessa trama que liga o subjetivo à tarefa de aprender sobre isso que lhes diz questão, torna-se necessário um

mínimo distanciamento e a conseqüente elaboração que os façam, de alguma forma, desvencilhar-se desses questionamentos (ainda que nunca totalmente).

Vale ressaltar que tal distanciamento que permite elaboração não implica, necessariamente, ajuda profissional. A concepção de aprendizagem aqui adotada é compreendida como uma experiência pessoal e única na qual um processo de mudança conceitual deve encontrar lugar, ou seja, na qual se espera que uma resignificação aconteça como uma experiência caracterizada por um envolvimento cognitivo e um investimento pessoal do aluno.<sup>18</sup> Entende-se que para ensinar e aprender de forma verdadeira é fundamental que os que estão envolvidos nessa cena consigam tomar por ponto de partida o despertar do desejo de saber.<sup>19,20</sup>

Nesse processo, espera-se que o aluno modifique idéias, crenças, mas não somente isso. Espera-se que ele assuma uma nova posição diante do saber e passe, dessa forma, a operar com ele em suas experiências cotidianas (pessoais ou não). Dessa forma, pode-se afirmar que houve um trabalho de elaboração semelhante (em sua lógica e não em sua forma) àquele que ocorre no processo terapêutico.<sup>18</sup>

De outra forma, silenciar, ocultar, desconhecer os tabus e seu lado obscuro, ou seja, desconsiderar o aluno em sua condição de sujeito, pode contribuir para o fracasso da educação.<sup>21</sup> Some-se a isso algumas peculiaridades do ensino de Enfermagem Psiquiátrica que se vivenciam cotidianamente em uma universidade, relatadas a seguir.

#### **A REALIDADE DO ENSINO DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

A disciplina Enfermagem Psiquiátrica é ministrada no 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem/UFMG e tem a carga horária de 60 horas, sendo 30 horas teóricas e 30 horas práticas. É importante salientar que esse momento representa, na grade curricular, a primeira e única aproximação do aluno com a doença mental e com portador de sofrimento psíquico.<sup>5</sup>

A disciplina é organizada em três etapas distintas. Na primeira (em torno de 16 horas), o aluno permanece em sala de aula, onde são ministrados conteúdos relativos à cidadania do doente mental, às principais correntes teóricas em psiquiatria, à conceituação e à diferenciação entre neurose e psicose, à família, à psiquiatria e à lei e à natureza da Enfermagem Psiquiátrica. São conteúdos introdutórios que vão possibilitar maior aproximação do aluno com essa área do conhecimento. Na segunda etapa, o aluno é encaminhado a um dos campos de estágio, acompanhado por um docente. Durante esse período, são realizadas duas atividades distintas numa carga horária diária de quatro horas. Em um primeiro momento (aproximadamente 90 minutos iniciais), são realizados grupos de discussão que abordam algumas nosologias psiquiátricas, seus tratamentos e noções de psicopatologia. Após esse momento, os alunos realizam atividades terapêuticas com os pacientes, visando prestar assistência de Enfermagem Psiquiátrica ao indivíduo e ao grupo familiar.

Ao final de cada dia de ensino clínico, o docente se reúne com os alunos numa perspectiva de avaliação (em torno de 20 minutos). A terceira e última etapa consiste na realização de um seminário clínico (quatro horas), no qual o estudo do caso de um usuário acompanhado por um aluno de cada grupo é apresentado e discutido, compartilhando as experiências mais relevantes vivenciadas em cada um dos diferentes cenários de ensino clínico. Nas quatro horas finais da disciplina, os alunos fazem uma avaliação escrita em grupos referente a todos os conteúdos estudados durante a disciplina.

A organização da disciplina está embasada na concepção de que o processo ensino-aprendizagem se dá numa perspectiva relacional, no qual a interação sujeitos-objeto é requisito essencial para a aprendizagem. Dessa forma, ao longo do processo, tanto o professor quanto o aluno aprendem e ensinam. A metodologia acima descrita e sua conseqüente forma de organização do tempo foi idealizada por se entender que a aproximação dos conteúdos teóricos com uma prática com o doente mental propicia a resignificação do que é vivenciado e possibilita maior aprendizado em um período de tempo tão curto. Assim, professores e alunos se encontram constantemente construindo saberes sobre assistir o portador de sofrimento psíquico.

Sabe-se que “existe uma ambigüidade na prática da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. Trata-se de um projeto pedagógico (no sentido que se pretende ensinar algo) e de um projeto terapêutico (na medida em que o que se pretende ensinar é uma escuta terapêutica)”.<sup>15</sup> Essa ambigüidade marca a difícil tarefa de ensinar Enfermagem Psiquiátrica que se torna mais complexa quando se trabalha com uma carga horária total de 60 horas e períodos de 4 horas diárias divididos para atender a um projeto pedagógico e também terapêutico.

No primeiro semestre de 2004, propusemo-nos experimentar uma nova forma de realizar a segunda etapa da disciplina. Os alunos designados para duas dessas docentes, em sistema de rodízio, intercalavam dias (e não mais horas) de atividades teóricas realizadas na instituição de ensino com outros dias de idas ao campo de estágio para o ensino clínico. Essa ação receberá, aqui, a denominação de *intervenção na distribuição do tempo*, ou, simplesmente, *intervenção no tempo*. Afinal, o que foi feito nada mais é que apenas isso. Ou seja, apenas reorganizamos o tempo de estudo e de ensino clínico, dedicando períodos inteiros de quatro horas diárias a cada uma dessas atividades. É importante salientar que essa experiência manteve inalterados os conteúdos propostos para a disciplina e a carga horária teórica e prática. Opiniões preliminares, ainda não sistematizadas, dos discentes e docentes envolvidos nessa nova experiência avaliaram-na como bem-sucedida.

Nesse contexto, duas questões se colocam:

I. Como contribuir para a formação de enfermeiros, em nível de graduação, com base nesse complexo cenário no qual fervilham aspectos objetivos (tempo, ínfima carga horária teórica e prática, conteúdos a serem dados) juntamente com outros aspectos, ditos subjetivos, aqui apresentados?

2. Quais as possíveis articulações teóricas poderiam ser feitas com base nessa nova experiência realizada no ensino da Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem da UFMG? Como pequenas alterações na distribuição do tempo poderiam interferir positivamente na aprendizagem de Enfermagem Psiquiátrica?

Assim, o objetivo com este artigo consiste em realizar articulações teóricas sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e suas particularidades com base na intervenção realizada. Essas articulações dão uma sustentação teórica para a intervenção no tempo e poderão, juntamente com a posterior análise das avaliações discentes, mantê-la (ou não) e ampliá-la para todos os alunos que cursarem essa disciplina.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de uma reflexão teórica, uma incursão teórica, por alguns aspectos que permeiam o ensino da Enfermagem Psiquiátrica, o qual inclui desde questões pedagógicas até questões terapêuticas. Neste estudo, toma-se como pano de fundo o cenário e a experiência, anteriormente descrita, vivenciada pelas autoras. A descrição dessa experiência tem como único objetivo dar maior concretude à reflexão teórica, objeto deste artigo.

Nesse sentido, recorreu-se a conceitos que a psicanálise possui para se pensar sobre essa prática pedagógica. A psicanálise, embora não se ocupe diretamente de questões pedagógicas<sup>22</sup>, pode contribuir sobremaneira para repensar as relações instaladas na cena educativa, sejam elas entre aluno/professor (e vice-versa), entre professor e saber, entre aluno e saber. Acontecimentos vivenciados no processo de ensino-aprendizagem podem ganhar novos contornos quando se considera que entre alunos, professores e o saber estão em jogo diversos elementos, dos quais se destaca o inconsciente.<sup>23</sup> E sobre ele a psicanálise tem muito a dizer.

A escolha desses conceitos – elaboração e tempo lógico – deu-se em razão dos questionamentos e dos efeitos positivos observados de forma assistemática no processo ensino-aprendizagem com base na intervenção no tempo realizada na disciplina Enfermagem Psiquiátrica.

#### **Elaborar: um complexo trabalho que se inscreve num tempo**

Pensar no que se passa nas situações de ensino-aprendizagem do conteúdo tratado na Enfermagem Psiquiátrica torna-se uma tarefa complexa. Essa complexidade reside no fato de que nessa disciplina não se lida apenas com um conteúdo teórico, objetivo, do qual se pode manter uma distância e uma neutralidade propostas pelo discurso da ciência, mas também com todos os conceitos – e preconceitos – construídos e compartilhados socialmente ao longo de anos nos quais a loucura foi tomada como sinônimo de desrazão e o louco, destituído de sua cidadania, é tido como incapaz de conviver socialmente<sup>24</sup>.

Uma pretensa neutralidade esfacela-se no momento em que ocorre o mecanismo de identificação. Momento em que eu vejo no outro algo de meu, ou algo a que eu – ou pessoas próximas a mim – vivenciei ou ainda vivencio. A identificação “não é uma simples imitação. Mas uma

apropriação [...]; ela exprime um ‘tudo como se’ e relaciona-se com um elemento comum que permanece no inconsciente.”<sup>25: 201</sup>

Compreendendo a identificação dessa forma, é possível entender algumas das dificuldades que esse fenômeno impõe ao aluno que se identifica. Com isso, todos os conceitos e preconceitos sobre a loucura podem ser atualizados, exigindo do aluno um trabalho interno no sentido de vencer suas resistências psíquicas, realizar algumas elaborações para, assim, após um lapso de tempo, tomar como objeto de sua aprendizagem aquele conteúdo que, em outro momento, pareceu-lhe falar sobre ele e sua realidade psíquica. É fundamental registrar, aqui, que tal acontecimento não é universal. Em prol da clareza dessa assertiva, pode-se arriscar dizer que há três grupos de alunos: aqueles que conseguem iniciar e concluir a disciplina “ílesos”, ou por não se questionarem ou por sequer permitir que qualquer questionamento nesse sentido apareça; aqueles que se submergem em questões e permanecem nesse lugar; e, por fim, aqueles que diante do que vivenciam (teoria e prática) elaboram, ressignificam e adquirem, assim, maior compreensão do conteúdo objetivo, ou seja, alcançam uma aprendizagem.

Este último, que será aqui denominado trabalho de elaboração, é algo que se espera do aluno e remete, por analogia, ao trabalho que, em proporções diferentes, é realizado pelo analisando. Não se trata aqui de tomar por iguais os processos de análise (processo terapêutico) e de ensino-aprendizagem, mas acredita-se que eles guardam entre si alguma correlação. Mas em que sentido?

De um lado tem-se que a lógica que sustenta o processo de análise implica a presença de dois, mediados pela linguagem, na qual o sujeito do inconsciente se revela. Esse processo implica que o analisando retome seu próprio discurso no sentido de ressignificá-lo, com base na interpretação do analista, sob a marca da transferência. Somente dessa forma o sujeito alcança um saber sobre si, sobre seu desejo. Assim se dá a elaboração do sujeito na cena analítica. Por outro lado, “a prática pedagógica presente nas salas de aula, está permeada pelos aspectos histórico-políticos, pelas perspectivas científico-pedagógicas, pelas análises e reflexões filosóficas [...]. Desta prática pedagógica emerge, também, a possibilidade de uma educação mediadora [...], modificando a imagem que o aluno (futuro profissional) tem de si e de suas relações com o trabalho, com o mundo”.<sup>26</sup> “A atividade científica impõe um método que revela a natureza do objeto”.<sup>27:39</sup> Nos espaços acadêmicos, ao ensinar, busca-se mostrar esse método e a teoria que o sustenta. Cabe ao aluno, em sua singularidade, apreender a natureza desse objeto. Somente assim ele poderá fazer as perguntas necessárias, pois sabe que a verdade está nelas<sup>27</sup> e alcança o saber, algo que vai além do conhecimento. Assim se dá a elaboração do saber<sup>20</sup>, o aprender a aprender. Tudo isso aponta para a possibilidade de uma analogia desses processos, com base na lógica que os sustenta e não na forma deles.

Retomando a elaboração na cena analítica, sabe-se que Freud faz certa evolução sobre o método psicanalítico e como ele foi instituído ao longo de alguns anos. Inicialmente aponta para a técnica de fazer o cliente recordar

daquilo que lhe ocorreu e, provavelmente, o que seria a causa de todos os seus males. Diante dos insucessos dessa técnica, passou a propor que, além da recordação, o cliente falasse sobre o que foi recordado. Posteriormente, Freud passou a atentar para o fato de que, para além de recordar, o cliente passa a atuar. Aqui a pessoa “[...] não recorda coisa alguma que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz, não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo”.<sup>25: 196</sup>

Mas Freud entende que, para que algo novo seja produzido – e o mesmo se pode dizer para a situação de ensino-aprendizagem (na perspectiva da elaboração do saber) –, é preciso superar as resistências psíquicas, as quais, no processo ensino-aprendizagem, ganham as mais diferentes formas. As insistentes perguntas que exigem respostas classificatórias para comportamentos – isso é normal ou anormal? – que, a despeito das intervenções das docentes ou dos colegas sobre a impossibilidade de tais respostas, retornam cotidianamente. Outras resistências mais explícitas, mais elaboradas talvez, nas quais o aluno verbaliza sua incapacidade de aprender sobre essas questões. Sabe-se, entretanto que, mais do que nomear essas resistências, é preciso permitir que a pessoa se familiarize com esse seu mecanismo psíquico.

Nesse sentido,

deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise. O médico nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem continuamente apressado.<sup>25: 202</sup>

Assim, o que se vê, muito embora esteja em outro *setting* – o ambiente escolar –, é que, diante de uma teoria que pode ser aplicável à vivência cotidiana do aluno, ele, muitas vezes, ao pedir mais tempo, maior carga horária (ação freqüente nas avaliações discentes e nas discussões teóricas), talvez fale da impossibilidade de aprender algo sobre o qual não se elaborou minimamente, ou seja, sobre o qual tudo o que ele tem são questionamentos particulares que podem ativar resistências. Pode ainda haver a situação na qual o aluno negligencia as atividades propostas ou simplesmente não comparece às aulas.

Assim como ao analista (que Freud trata por médico), cabe ao professor suportar (no sentido de dar suporte e também, por vezes, de tolerar) a aparente inércia de alguns alunos que não aprendem, que não avançam ou que, simplesmente, insistem em dizer que tudo o que vêem sobre a loucura não encontra respaldo científico, não é verdade, não é suportável.

Abrir o espaço para que o aluno elabore pode significar deixá-lo calado, questioná-lo, estimulá-lo ou outras tantas coisas que, de alguma forma, o remeta ao seu próprio discurso, permitindo que ele se escute e, assim, possa encontrar condições de elaboração surgindo o desejo de saber. Para isso há que se pensar, e mais, há que se escutar o tempo. O tempo do relógio, o tempo psíquico, o tempo do sujeito.

#### **O instante de olhar, o tempo para compreender, o momento de concluir: o tempo lógico; a lógica do tempo**

Pensar o tempo, em especial o tempo do sujeito, do ponto de vista psicanalítico exige uma incursão pelo texto lacaniano. Sabe-se que as noções de tempo e espaço são fundamentais ao homem moderno na organização de sua percepção, e nesse sentido pode-se pensá-las a partir do texto de Jacques Lacan, que trata do denominado “Tempo Lógico”.<sup>28</sup>

Entretanto, é preciso marcar inicialmente que, em Lacan, o conceito de tempo inclui uma lógica em nada coerente com a lógica corrente. É isso que ele anuncia sobre o tempo lógico em seu artigo: “Possa ele soar uma nota justa entre o antes e o depois em que o situamos aqui, mesmo que demonstre que o depois se fazia de antecâmara para que o antes pudesse tomar seu lugar”.<sup>28: 197</sup>

Nesse texto e nesse contexto, Lacan lança mão de um sofisma para falar do tempo em psicanálise, mais especificamente o tempo do sujeito no trabalho de elaboração, que se acredita importante para se pensar a nova experiência das autoras no ensino da Enfermagem Psiquiátrica.

#### **O sofisma de Lacan: o olhar, o compreender, o concluir**

Eis o sofisma: o diretor de um presídio propõe o seguinte a três prisioneiros: “Por razões que não lhes tenho de relatar agora, devo libertar um de vocês. Para decidir qual, entrego a sorte a uma prova pela qual terão de passar, se estiverem de acordo”.<sup>28</sup> Para tanto, o diretor apresenta a condição da saída. Mostra aos prisioneiros cinco círculos, sendo três brancos e dois pretos. Ele os colocará nas costas de cada um, e será solto aquele que conseguir deduzir a cor de seu próprio círculo, sem que o veja. Os prisioneiros deveriam usar a lógica para encontrar a resposta.

Diante dessa proposta, cada um dos três presos poderia ganhar discos brancos ou pretos, havendo 50% de chance para cada cor. Como há três brancos e só dois pretos, as chances de identificação melhoram, pois se um deles vir dois pretos nas costas dos outros prisioneiros saberá, por exclusão, que o seu é branco. Se vir mesmo um preto, as chances de ser branco ainda continuam maiores. Isso imaginariamente, porque, lembrando o par ou ímpar, na realidade, as chances continuam sendo de 50%. É contando com essas possibilidades que cada um dos prisioneiros olha os outros dois companheiros que com ele disputam.

Ele vê dois brancos. Diante disso, permanece a possibilidade de ter um círculo preto ou branco. Sua resposta só poderá vir dos outros. Isso porque se algum deles tivesse visto dois círculos pretos saberia, nesse exato momento, que em suas costas estava um círculo branco. Logo, esse prisioneiro se precipitaria em direção ao diretor do presídio. Isso daria aos outros também sua resposta.

Mas, nesse momento, todos hesitam. E é essa hesitação que dá aos três a hipótese de que todos podem ser da mesma cor. Todos pensam a mesma coisa e se dirigem para sair.

Lacan, com base nesse sofisma, apresenta uma longa discussão sobre lógica e sobre a lógica que permeia essa situação. Ressalta que, diante do enigma que lhes valia a liberdade, é a hesitação de seus companheiros que cria condições para cada um deles deduzir sobre sua cor. Assim: “[...] não é a saída dos outros, mas sua espera, que determina o juízo do sujeito.”<sup>15:203</sup>

E continua:

Muito pelo contrário, a entrada em jogo dos fenômenos aqui em litígio como significantes, faz prevalecer a estrutura temporal, e não espacial, do processo lógico. [...] A razão de elas serem significantes é constituída, não por sua direção, mas por seu tempo de parada. Seu valor crucial não é o de uma escolha binária entre duas combinações [...], mas a do movimento de verificação instituído por um processo lógico em que o sujeito transformou as três combinações possíveis em três tempos de possibilidade.<sup>28:203</sup>

Sabe-se que esses três tempos de possibilidade são o instante de olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir. Em suma, tem-se um saber que se constrói com base em outro, uma lógica inscrita nesses três tempos.

Por analogia, com o ato de ensinar e aprender pode-se pensar essa mesma concepção de temporalidade para a relação do sujeito com os novos conteúdos que lhe são apresentados (cujas especificidades já foram anteriormente explicitadas) e sua missão de construção do saber. Isso se deve ao fato de Lacan claramente apontar para a importância do tempo nos processos que envolvem o uso da lógica.

Assim, pode-se pensar que esse mesmo movimento, marcado por tempos de possibilidade, apresenta-se para o sujeito diante do novo. Ainda mais quando esse novo remete a algo objetivo (conteúdos), mas que, de forma muito particular, atravessa o psíquico, esses tempos de possibilidade devem encontrar lugar para que, enfim, o sujeito chegue a uma conclusão, ou seja, um saber que pode sustentar um movimento (no caso da Enfermagem Psiquiátrica, o assistir).

Ressalte-se, aqui, a importância das escansões, ou seja, dos tempos de hesitação que se colocam como momentos de parada. Eles se tornam fundamentais para que se dê o movimento lógico.

Na prática educativa, esses momentos de parada, essas escansões, podem ocorrer das mais diversas formas. Entretanto não se pode pensar esse processo – o de aprender-ensinar – sem essas paradas, esses distanciamentos, que implicam um olhar novamente, olhar o outro, tal como no sofisma. Na experiência das autoras, a intervenção no tempo pode ter significado a introdução de maior lapso de tempo (cronológico) que, de alguma forma, introduziu a possibilidade do uso da lógica.

Mas fica uma advertência:

Isolam-se no sofisma, três momentos da evidência, cujos valores lógicos irão revelar-se diferentes e de ordem crescente. [...] Mostrar que a instância

do tempo se apresenta de um modo diferente em cada um desses momentos é preservar-lhes a hierarquia, revelando neles uma descontinuidade tonal, essencial para seu valor. mas, captar na modulação do tempo a própria função pela qual cada um desses momentos, na passagem para o seguinte, é reabsorvido, subsistindo apenas o último que os absorve, é restabelecer a sucessão real deles e compreender verdadeiramente sua gênese no movimento lógico.<sup>28:204</sup>

Assim, Lacan formaliza os três tempos de possibilidade: o instante de olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir. O instante de olhar é marcado pelo não-saber, não saber a verdade sobre si. É olhando o outro que algo desse saber começa a se construir. E assim se impõe o tempo para compreender. Tempo de meditação, no qual se constata, no outro, aquilo que não se sabe de si. Tempo de demora que se opõe à urgência de concluir. E, finalmente, “passado o tempo para compreender, o momento de concluir é o momento de concluir o tempo para compreender.”<sup>28:206</sup> É o tempo de basta, de limite, de ponto final.

Esse movimento lógico, marcado por três tempos, também ocorre nas mais corriqueiras situações nas quais o sujeito é chamado a falar de si, ou um saber sobre si é convocado. E em que o ensino de Enfermagem Psiquiátrica convoca esse saber do sujeito sobre si?

Nos livros e compêndios de psiquiatria, o aluno vê um desfile das mais diversas mazelas humanas, não colocadas como tais, mas como quadros psicopatológicos. Ora, se a influência cartesiana leva a identificar as queixas, os sinais e os sintomas para, a partir daí, traçar as intervenções, é assim que o aluno entende que deverá proceder. Mas aqui se impõe um primeiro obstáculo, um primeiro não-saber. Ele, aluno do curso de Enfermagem, seria mesmo um amontoado de sinais e sintomas dos quadros psicopatológicos? Ele não seria saudável, normal? Sua razão, instituída como precioso bem pelo cogito cartesiano estaria ameaçada, comprometida? Eis um enigma. E esse enigma remete a outros: aos conflitos, muitos dos quais ele sequer sabe nomear. Assim, diante desse não-saber, restam-lhe possibilidades, sendo a primeira o nada querer saber sobre isso; a segunda, que implica constatar sua realidade, exigiria dele um movimento de olhar para si e para alguns. Esses dois primeiros momentos abrem as portas para um terceiro, a saber, propor-se a um trabalho nesse movimento lógico.

Cativo do “nada querer saber”, o aluno pode-se empenhar em negar seus conflitos e seguir num trabalho cognitivo de aprendizagem. Com isso ele poderá simplesmente ficar ciente de uma série de conteúdos e, possivelmente, saberá repeti-los. Pode, ainda, ficar perplexo diante de si e não conseguir se desfazer dos seus nós, por vezes, pouco apreendendo desse complexo conteúdo teórico. Finalmente, o enfrentamento da esfinge! Algo que requer tempo. Do olhar ao compreender e finalmente chegando ao concluir, o aluno poderá, mais que repetir conteúdos, construir um saber sobre o louco e sua loucura, vislumbrando possibilidades de lidar com ela profissionalmente.

É fundamental destacar que nem todos os alunos passarão por esses caminhos. Como docente, às voltas com cargas horárias, cronogramas e tarefas a cumprir, fica a questão: “Quanto tempo é preciso” para todo esse movimento? Novamente Lacan acena com uma possível resposta: “O tempo de compreender pode reduzir-se ao instante de olhar, mas esse olhar, em seu instante, pode incluir todo o tempo necessário para compreender. Assim, a objetividade desse tempo vacila com seu limite.”<sup>28: 205</sup>

Com Lacan, tem-se a confirmação de que o tempo do sujeito pode ser muito diverso do tempo cronológico. Mas, para que todas essas questões possam se configurar para o aluno ou mesmo se tornar perceptíveis para o professor, aí, sim, o tempo cronológico pode significar algo importante e necessário.

É nisso que se embasa a experiência vivida pelas autoras. Ao modificar a organização do tempo na disciplina Enfermagem Psiquiátrica, ao intervir no tempo, criou-se melhores condições para uma elaboração, uma elaboração do saber. Introduzindo tempos de paradas (dias alternados de teoria e ensino clínico), proporcionou-se o movimento lógico e, conseqüentemente, abriu-se condições para o olhar, compreender e concluir. Esta breve reflexão teórica é o primeiro movimento das docentes no sentido de também olhar, compreender e concluir sobre as modificações feitas na metodologia da disciplina Enfermagem Psiquiátrica.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o tempo é fator essencial no ato de ensinar sobre a Enfermagem Psiquiátrica, disciplina cujo conteúdo atravessa de forma muito particular o psíquico daqueles que dela se ocupam. O tempo, não apenas tomado como uma exigência do tipo “precisa-se mais”, mas como a dimensão na qual se encontra o espaço para que o aluno (e também o professor), ao deparar com conteúdos que o remetem a questões de sua vida psíquica, possa encontrar condições de elaboração psíquica<sup>7</sup>.

Nem sempre se chegará a *insights*, ressignificações. Mas acredita-se que o distanciamento seja necessário para se compreender o que a teoria e os livros oferecem, bem como para se aproximar do fenômeno da loucura com um olhar (um pouco) diferenciado. Provavelmente, nesse sentido, pode-se afirmar que “a passagem do estudante de Enfermagem pelas atividades teórico-práticas, possibilitou a modificação de sua concepção em relação ao doente mental ou ainda ressignificá-la”.<sup>12:24</sup> Vale ressaltar que, dentre os fatores que podem ter contribuído para essa mudança acima identificada, pode estar a forma de organização curricular na qual esses alunos são formados.

Essa intervenção no tempo possibilitou que, durante a permanência em campo, o aluno se centrasse unicamente na assistência ao paciente. Em contrapartida, teria um tempo maior para assimilar e discutir os conteúdos anteriormente ministrados em campo de estágio. E, mais que isso, o estar em locais (espaços físicos) diferentes alternadamente pode figurar como o tempo de parada, tão essencial ao processo de compreensão e conclusão, tal como ensina Lacan em seu sofisma.

### REFERÊNCIAS

1. Pessotti I.A loucura e as épocas. São Paulo: Editora 34; 1995.
2. Tenório F.A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Rev Hist Ciên Saúde. 2002 jan./abr.; 9(1): 25-59.
3. Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Editora Te-Corá/Instituto Franco Basaglia; 1994.
4. Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Cad IPUB. 2000; (6): 15-36.
5. Ribeiro AS. Loucura, cidadania e subjetividade: confluências e impasses. Rev Mal-Estar Subjetiv. 2003 mar.; 3(1): 96-105.
6. Pugin VM, Barbério YC, Filizola CLA. A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção. Rev Latino-Am Enferm. 1997 maio; 5(número especial): 59-68.
7. Desviat M.A Reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
8. Kirschbaum DIR. Análise histórica das práticas de Enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. Rev Latino-Am Enferm. 1997; 5(Supl.): 19-30.
9. Villa EA, Cadete MMM. Portas Abertas: novas possibilidades no ensino da Enfermagem psiquiátrica. Rev Latino-am Enferm. 2000; 8(6): 13-9.
10. Pedrão LJ, Avanci RC, Malaguti SA. Perfil das atitudes de alunos do curso de Enfermagem frente à doença mental, antes da influência da instrução acadêmica, proveniente de disciplinas de área específica. Rev Latino-am Enferm. 2002; 10(6): 794-9.
11. Pedrão LJ, Avanci RC, Malaguti SA. Autoritarismo e benevolência frente à doença mental: estudo com alunos ingressantes no curso de Enfermagem. 2002; 10(4): 509-15.
12. Kirschbaum DIR, Sas SCO. As contribuições das atividades práticas na transformação da visão de doente mental elaborada por alunos concluintes do curso de graduação em Enfermagem. In: XIII Congresso Interno de Iniciação Científica da UNICAMP. Anais do XIII Congresso Interno de Iniciação Científica da UNICAMP; 2005 set. 28-29. Campinas: Pró-Reitoria de Pesquisa da UNICAMP; 2005. 24.
13. Miranda CL. O parentesco imaginário. São Paulo: Editora Cortez, Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 1994.
14. Costa ASSM. A percepção dos alunos de Enfermagem Psiquiátrica sobre o doente mental. In: Anais do VI Ciclo de Debates em Enfermagem Psiquiátrica – A formação e a prática do enfermeiro em saúde mental – realidade e perspectivas; Belo Horizonte(MG): Pró-Reitoria de Extensão; 1999. 23-8.
15. Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional – o Ensino da Enfermagem *sub judice*. São Paulo: Cabral Universitária; 2001.
16. Kyes JJ, Hoffling CK. Conceitos básicos de Enfermagem psiquiátrica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
17. Campoy MA, Merighi MAB, Stefanelli MC. O ensino de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. Rev Latino-am Enferm. 2005 mar./abr.; 13 (2): 165-72.
18. Villani A, Cabral TCB. Mudança conceitual, subjetividade e Psicanálise. Rev. Investigações em Ensino de Ciências UFGRS. 1997 mar.; 2 (1): 28-40.
19. Mrech L. Psicanálise e educação: novos indicadores de leitura. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.
20. Lacan J. Alocação sobre o ensino. In: Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003 (1970): 302-10.
21. Batista SSS. Educação, Psicanálise e sociedade: possibilidades de uma relação crítica. Rev Educ Pesq. 1999 25(1): 83-95.
22. Freud S. Prefácio: a juventude desorientada, de Aichhorn. In: Freud S. O Ego e o Id e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1976. p.341-3.
23. Moraes MJB, Oliveira ML. Psicanálise e educação: a história como ferramenta de (auto) conhecimento do sentido dos fazeres do ser humano. I Simpósio internacional do adolescente; 2005; São Paulo. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
24. Birman J.A cidadania trespoucada. In: Bezerra B e Amarante P. Psiquiatria sem hospícios – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará; 1992. p.71-89.
25. Freud S. Recordar, repetir, elaborar. In: Freud S. Artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. p.191-206.
26. Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Rev Latino-am Enferm. 1998 mar./abr.; 6 (2): 165-72.
27. Pinto JM. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. Rev Psicol Reflex Crít. 1999; 12(3): 23-43.
28. Lacan J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1998. p.197-213.

Proposição dos autores deste artigo que não está explícita no artigo citado ao final do parágrafo.

Data de submissão: 20/03/07  
Data de aprovação: 16/10/07

# A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS

THE NURSING PROCESS AS A STRATEGY FOR CHANGES IN THE LIFESTYLE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

CONSULTAS DE ENFERMERÍA COMO ESTRATÉGIA PARA CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

Salete Maria de Fátima Silqueira<sup>1</sup>  
Mércia de Paula Lima<sup>2</sup>  
Daniela de Cássia Pereira da Cunha<sup>3</sup>  
Ana Carolina Soares de Faria Lemos<sup>4</sup>  
Juliana Rocha Pereira<sup>4</sup>  
Paula Lamounier Lima<sup>4</sup>

## RESUMO

Neste estudo, o objetivo é relatar a experiência de discentes e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMG, na realização de consultas de enfermagem a pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em um ambulatório público de Belo Horizonte. Neste trabalho, enfatiza-se, principalmente, o tratamento não medicamentoso visando despertar a conscientização desses pacientes sobre a importância e a necessidade de mudança no seu estilo de vida, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida deles.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Estilo de Vida; Qualidade de Vida

## ABSTRACT

The objective of this study was to report the experience of students and professors of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais (UFMG) on the implementation non-medication treatment of hypertension in a public clinic in Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. The work was based on the principal of non-medication treatment, informing the patient of the importance and need to change their life styles so as to bring an improvement in their quality of life.

**Key words:** Hypertension; Life Style, Quality of Life

## RESUMEN

En este estudio se relata la experiencia de alumnos y docentes del curso de Enfermería de la UFMG en las consultas de enfermería a pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica (HAS) de un ambulatorio público de Belo Horizonte. Este trabajo enfoca, sobre todo, el tratamiento no medicamentoso, ya que lo que se busca es que los pacientes tengan conciencia de que es necesario cambiar el estilo de vida para, a su vez, mejorar su propia calidad de vida.

**Palabras clave:** Hipertensión, Estilo de Vida, Calidad de Vida

<sup>1</sup> Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>3</sup> Bacharel em Direito e aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>4</sup> Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP 30130 -100 - Belo Horizonte-MG.

E-mail: saletem@ufmg.br

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida pelo *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*<sup>1</sup> como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos.

É uma doença crônica que, quando não tratada adequadamente, acarreta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes, principalmente, das suas complicações clínicas graves.<sup>2</sup>

Entre essas complicações clínicas graves encontram-se as doenças cardiovasculares (DCV), sendo a hipertensão arterial um de seus principais fatores de risco, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo acarretar lesões.

As doenças cardiovasculares constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde o seu crescimento significativo alerta para o profundo impacto nas classes sociais menos favorecidas e para a necessidade de intervenções eficazes, de baixo custo e de caráter preventivo.

Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg.<sup>2</sup> Daí a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal.

De acordo com a *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, é recomendado o uso de tratamento farmacológico medicamentoso e não medicamentoso para melhor controle desses agravos. Atualmente, medidas de prevenção e controle, bem como estratégias de mudanças dos hábitos de vida, têm contribuído para prevenir e minimizar esses riscos.<sup>2</sup>

Paralelamente, a utilização do tratamento medicamentoso também é importante e deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde para os necessários ajustes e uma boa adesão dos usuários; porém, deve ser aliado ao tratamento não medicamentoso, cujo objetivo é minimizar os fatores de risco para hipertensão e, dessa forma, reduzir a incidência e amenizar os impactos físicos, emocionais, sociais e econômicos das doenças cardiovasculares.

A terapia não medicamentosa consiste na adoção de medidas terapêuticas nas quais os indivíduos são orientados sobre a doença, o tratamento e as possíveis mudanças no seu estilo de vida, visando ao controle da hipertensão arterial. Nessa fase, é fundamental a motivação do indivíduo, para a sua participação de forma efetiva no tratamento.

Para alguns autores<sup>3-7</sup>, determinados fatores de risco, tais como idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, alimentação rica em sódio e gorduras, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial.

Os estudos têm demonstrado a relação entre a idade e o aumento linear da pressão arterial. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas

da elevação na pressão diastólica, enquanto, a partir dos 60 anos, o principal aumento é verificado para a pressão sistólica. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade, porém o risco absoluto aumenta significativamente.<sup>2</sup>

A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%) e mulheres (26,1%) sugere que o sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para as mulheres a partir dos 60.<sup>2</sup>

Com relação aos antecedentes familiares, várias pesquisas mostram a existência de fortes evidências relacionando a etiologia da hipertensão arterial a fatores genéticos e ao meio ambiente. Estudo realizado em 2005 mostrou que pacientes com história familiar de hipertensão apresentavam na juventude alterações cardiovasculares relacionadas aos mecanismos fisiopatológicos da doença. Esse estudo pressupôs, ainda, que essas alterações precederiam o desenvolvimento da própria hipertensão.<sup>5</sup>

Vários estudos têm mostrado que a prevalência da hipertensão arterial é maior na população negra, assim como a sua gravidade, particularmente quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Esse comportamento pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país, há predomínio dos miscigenados, população que pode diferir da negra quanto às características da hipertensão.<sup>1</sup>

Alguns estudos têm apontado a existência de relação entre o estresse emocional e o aumento da pressão arterial, mas o seu real papel na gênese da hipertensão arterial ainda não está completamente elucidado. Não obstante, técnicas de relaxamento e de aconselhamento pessoal podem ser úteis para o controle do estresse.<sup>6</sup>

Outro fator predisponente para a hipertensão arterial é o excesso de massa corporal. Resultados de vários estudos epidemiológicos indicam que a obesidade é um importante e independente fator de risco para a hipertensão arterial. Em um desses estudos, verificou-se que aproximadamente 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial foram atribuídos ao sobrepeso e à obesidade. Desses pacientes hipertensos, 75% eram homens e 65%, mulheres.<sup>2</sup> Apesar de o ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos.

Alguns estudos sugerem que o ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura sejam índices prognósticos importantes para a hipertensão arterial, sendo a obesidade central, um importante indicador do aumento do risco cardiovascular. Estudos sugerem que obesidade central esteja mais fortemente associada aos níveis de pressão arterial do que à adiposidade global. Indivíduos em que a pressão arterial oscila entre a faixa de valor estabelecida como normal à limítrofe e que, no decorrer do tempo, desenvolvam obesidade central têm maior predisposição para a hipertensão. Por outro lado, a perda de peso acarreta redução da pressão arterial.<sup>2</sup>

Em relação à não-realização de atividade física, a maioria dos estudos mostra uma associação entre o sedentarismo e a hipertensão arterial. Indivíduos

sedentários apresentam maior risco para o desenvolvimento da hipertensão, sendo esse risco 30% maior nos indivíduos sedentários quando comparados com os ativos. Também foi verificado que o exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos do que em normotensos.<sup>6</sup>

A relação entre a hipertensão arterial e o consumo de bebidas alcoólicas também tem sido investigada. Estudos observacionais mostraram a relação entre o alto consumo de bebidas alcoólicas e o aumento da pressão arterial. Por outro lado, a redução do consumo de álcool por parte de indivíduos normotensos e hipertensos leva à redução da pressão arterial. O efeito do consumo de álcool sobre as variações da pressão arterial varia conforme o gênero, e sua magnitude está associada à quantidade e frequência de etanol ingerido.<sup>2</sup>

Em relação ao tabagismo, estudos confirmam que a nicotina é prejudicial ao organismo, por promover a liberação de catecolaminas, hormônio que promove o aumento da frequência cardíaca, da resistência periférica e, conseqüentemente, aumento da pressão arterial. Observa-se, ainda, uma redução de 15% a 20% de oxigênio nos glóbulos vermelhos, em razão do monóxido de carbono que se liga a hemoglobina resultante da queima do fumo e do papel. O monóxido de carbono também é capaz de lesar a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gorduras.<sup>7</sup>

Outro fator associado ao aumento da pressão arterial está relacionado ao consumo de sal. Estudos têm mostrado que em algumas populações nas quais as dietas são preparadas com reduzido teor de sal, os indivíduos têm apresentado menor prevalência de hipertensão e os níveis pressóricos não se elevam com a idade.<sup>1</sup>

Alguns estudos observacionais mostraram a associação direta entre a intensidade de consumo de sal na dieta e a pressão arterial. Em um estudo de metanálise, verificou-se uma variação direta da pressão arterial em relação ao consumo de sal, tanto em indivíduos normotensos como em hipertensos.<sup>2</sup>

O consumo de alimentos ricos em gordura também é considerado fator de risco para a hipertensão arterial. Alimentos gordurosos, além de serem mais calóricos, são mais propensos a depositar-se como tecido adiposo quando comparados a carboidratos e proteínas. O consumo desse tipo de alimento propicia o desenvolvimento da obesidade que, por sua vez, guarda uma associação direta com a hipertensão.

De acordo com alguns estudos, a ingestão de gorduras em indivíduos portadores de hipertensão arterial deve ser reduzida, pois há aumento das complicações, como doenças coronarianas.<sup>7</sup>

#### **METODOLOGIA**

O atendimento dos pacientes portadores de hipertensão no ambulatório público se dá de maneira sistematizada por meio da realização de consultas de enfermagem e da observação participativa e assistemática em grupos operativos.

As consultas de enfermagem são previamente agendadas e é o eixo norteador para as ações de enfermagem prestadas aos pacientes portadores de hipertensão

arterial. A enfermagem, ao longo dos anos, tem buscado desenvolver suas ações pautadas no saber científico, mais recentemente em evidências científicas. Entende-se por consulta de enfermagem a “atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, sendo prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente”.<sup>8</sup>

Compreendem a consulta de enfermagem: a entrevista para coleta dos dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. Com base nos diagnósticos elaborados, a enfermeira adotará condutas de resolatividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação.<sup>8</sup>

Nessas consultas, alguns aspectos importantes da comunicação que ocorre entre o profissional e os pacientes portadores de hipertensão arterial devem ser considerados. Nesse momento, estabelece-se entre o enfermeiro e o paciente mais do que a simples emissão e recepção de mensagens. Nessas situações estão envolvidos a relação, o contexto e a percepção. Segundo Silva<sup>9</sup>, “é a percepção que nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo do paciente, sendo essencial para a Enfermagem compreender o que o paciente percebe como acontecendo [...]” e para chegarmos a isso devemos ouvir o paciente e encarar a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal.<sup>10</sup> A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal é um importante meio para manter uma relação pessoal e didática com o paciente; eles se sentem valorizados e importantes durante a consulta de enfermagem.<sup>10</sup>

Complementando a consulta de enfermagem, um grupo operativo com a participação de vários pacientes atua quinzenalmente.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>11</sup> um grupo operativo deve ser composto por vários integrantes, um coordenador e um ou mais observadores. Compete ao coordenador do grupo operativo o papel de facilitador do processo, criando condições propícias para a comunicação e o diálogo, cabendo-lhe, também, auxiliar o grupo na superação dos obstáculos que emergirem na realização da tarefa. Compete ao observador do grupo operativo manter uma distância ótima dos componentes, visando alcançar a percepção global do processo. Todos os integrantes do grupo entram em tarefa por meio de um disparador temático, a partir do qual o grupo passa a operar ativamente como protagonista.

A temática abordada pelo grupo relaciona-se aos interesses e às necessidades dos participantes e é proposta como disparador da discussão. Os integrantes do grupo operativo associam-se entre si por algum nível de identificação com os objetivos propostos. Com base no desenvolvimento da temática, passa a ocorrer uma interação entre eles, que trazem seus conteúdos racionais e emocionais, podendo, dessa forma, integrar diferenças, ajustar conceitos e explicitar fantasias.<sup>12</sup>

Dessa forma, o grupo operativo possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo, uma vez que os participantes se identificam entre si, percebem as semelhanças entre seus problemas, aprendem a expressar seus medos e expectativas, o que os leva a buscar soluções conjuntas para seus problemas.

Durante a realização do grupo operativo e das consultas de enfermagem, é utilizada pelas docentes e discentes a observação participativa assistemática.

Para Waldow<sup>13</sup>, a observação participativa é compreendida como uma das dimensões para o desenvolvimento do pensamento crítico. É um recurso utilizado pelos estudantes para a elaboração de questões, procura por evidências, busca e solução de alternativas e auxílio na crítica de idéias próprias e de outros.

A observação participativa é definida como aquela que acontece quando o observador, propositadamente ou não, integra-se ao grupo ou ao contexto que está observando. Assim, a pessoa observadora (os discentes e docentes) e a pessoa observada (os participantes) integram um mesmo grupo.<sup>14</sup>

A arte de observar engloba as habilidades do ver, ouvir e sentir, as atividades mais simples e práticas utilizadas como forma inicial, contínua e sistemática para o desenvolvimento do pensamento crítico. Essas formas de observação, por meio de sensações, são úteis na detecção de idéias, filosofias e relacionamentos, como também as formas de expressão, posturas e comportamentos.<sup>13</sup>

Já o método assistemático de observar é definido por Matheus et al.<sup>14</sup> como a realização do observar de maneira espontânea, sem a utilização de técnicas ou roteiros, sendo o conhecimento alcançado por meio de experiências casuais. O sucesso dessa técnica está vinculado à atenção e à perspicácia do observador, e sua utilização cabe em momentos em que a flexibilidade é objetivada. Assim, é importante enfatizar que cada grupo escreve sua própria história e deve ser respeitado em suas características particulares. Dessa forma, são propostas estratégias de intervenções ocasionais de acordo com a necessidade do grupo.

#### **CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA E DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

O trabalho de enfermagem é desenvolvido pelos autores em um ambulatório público de Belo Horizonte e faz parte do projeto de extensão "A assistência de enfermagem para prevenção e controle de doenças cardiovasculares visando ao autocuidado". No serviço de atendimento ao paciente portador de hipertensão arterial, atua uma equipe constituída por dois docentes da Escola de Enfermagem da UFMG, um aluno bolsista do Programa de Extensão e cinco alunos voluntários.

O atendimento aos pacientes pela equipe é realizado continuamente nas manhãs das segundas às quintas-feiras, mediante agendamento prévio das consultas. Os pacientes, em sua maioria provenientes da Região Metropolitana de Belo Horizonte, são encaminhados ao serviço por médicos do Hospital das Clínicas.

A questão que norteia o atendimento aos pacientes portadores de hipertensão arterial é a mudança do estilo de vida com a adoção de hábitos rotineiros mais saudáveis, visando proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Visando alcançar esse objetivo, o serviço realiza consultas de enfermagem e grupos operativos.

Na primeira consulta de enfermagem, avalia-se o estado de saúde do paciente empregando-se as técnicas de entrevista e de exame físico, buscando considerar os fatores de risco predisponentes à hipertensão arterial, seus agravos, bem como conhecer os hábitos de vida dos pacientes.

Nas consultas de seguimento, agendadas de acordo com a necessidade de cada paciente, são realizadas atividades de Educação em Saúde visando à conscientização e ao estímulo dos indivíduos para a implementação de mudanças necessárias ao estilo de vida.

Como atividade complementar para o tratamento, são realizados, quinzenalmente, grupos operativos com, no máximo, 12 participantes. Esses encontros têm como objetivo promover a interação entre os pacientes e discutir aspectos em comum relacionados à doença de base, como a fisiopatologia da HAS, seus fatores de risco e suas complicações, para as doenças cardiovasculares, a terapia medicamentosa adotada para cada situação, sua utilização de forma correta e as estratégias para o enfrentamento das mudanças do estilo de vida. Nesse momento, os participantes têm a chance de permutar suas experiências pessoais e buscar o esclarecimento de suas dúvidas. A mudança no estilo de vida é a meta principal a ser alcançada pela equipe de profissionais que atuam com essa clientela. Inúmeras publicações científicas associam o estilo de vida a fatores determinantes da pressão arterial e da prevalência da hipertensão na população.<sup>15</sup> Vários fatores relacionados ao estilo de vida influenciam diretamente os valores dos níveis pressóricos. Entre os mais estudados e discutidos estão a obesidade, o consumo de álcool, o sedentarismo, o padrão alimentar e os componentes da dieta.<sup>15</sup>

Alguns trabalhos descrevem que as modificações implementadas no estilo de vida têm contribuído para a prevenção da hipertensão arterial e o controle dos níveis pressóricos, como também são eficientes na redução de outros fatores de risco cardiovasculares, além do fato de terem custo reduzido e serem acessíveis à maioria da população.<sup>15</sup>

Um dos entraves à efetividade das mudanças no estilo de vida do paciente é a resistência deles à adesão ao tratamento. Apesar dos inúmeros benefícios decorrentes dessas mudanças na saúde do ser humano, ele resiste em modificar seus hábitos comportamentais, os quais, muitas vezes, são consolidados em seu núcleo familiar.<sup>16</sup>

Assim, a não-aderência ao tratamento não medicamentoso deve ser balizada para o sucesso do tratamento da hipertensão arterial.

Em toda consulta de enfermagem realizada no ambulatório, o paciente é submetido a avaliação clínica, sendo realizadas mensurações da pressão arterial, conforme critérios estabelecidos pela IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.<sup>6</sup> Durante a consulta, também são investigados os hábitos de vida desses pacientes. Com base nas informações obtidas, avaliam-se os hábitos de vida do paciente e os fatores de risco associados. Estabelece-se então, um plano terapêutico não medicamentoso para cada paciente, pautado nas necessidades apresentadas.

Esse plano inclui, prioritariamente, ações visando introduzir mudanças de hábitos de vida. A implementação dessas mudanças é feita de forma gradativa e contínua, buscando a aceitação e a adesão dos pacientes ao tratamento.

As ações de enfermagem voltadas para a implementação das mudanças relacionadas aos hábitos de vida incluem prioritariamente o controle da ingestão de sal, da obesidade e excesso de peso, a prática regular de exercícios físicos, o controle dietético, o abandono do alcoolismo e do tabagismo.

As ações educativas implementadas visando à mudança dos hábitos de vida do paciente hipertenso serão abordadas a seguir.

#### **Controle da ingestão de sal**

De acordo com a *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*,<sup>2</sup> existe relação entre o aumento da pressão arterial e o avanço da idade, sendo esta maior em populações com alta ingestão de sal. Em estudo realizado foi observado que a pressão arterial variava diretamente com o consumo de sal, sendo essa variação verificada tanto para pacientes normotensos como em hipertensos.<sup>15</sup>

Nas atividades realizadas no ambulatório, os pacientes são orientados e encorajados a reduzir o consumo de sal na dieta. É recomendada uma quantidade mínima de sal no preparo de alimentos e/ou a substituição do sal por temperos naturais, com o uso de cebolinha, salsinha, orégano, manjeriço, alho e limão, dentre outros. Os pacientes também são incentivados a não acrescentar sal à comida já preparada e evitar o uso do sal de mesa. A utilização de alimentos industrializados com alto teor de sódio, como os embutidos, as conservas, os salgadinhos aperitivos e o consumo de alguns tipos de queijos são desaconselhados.

#### **Obesidade e excesso de peso**

Aliadas ao controle de sal na alimentação, a redução e a manutenção do peso são outros fatores de extrema importância para o controle da pressão arterial.

De acordo com a *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*,<sup>2</sup> todos os pacientes portadores de hipertensão arterial com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso, visando alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e valores inferiores a 102 e 88 cm para a circunferência de cintura para homens e mulheres, respectivamente.

Visando, portanto, atingir a esses objetivos, todos os pacientes com o IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup> e que apresentem valores superiores àqueles preconizados pela *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*<sup>2</sup> são orientados a reduzir o excesso de peso corporal mediante a instituição de controle alimentar. Todos os pacientes são orientados a consumir maior quantidade de verduras, frutas e legumes e evitar o consumo de alimentos gordurosos, frituras, açúcares e doces.

Em toda a consulta de enfermagem e grupos operativos realizados é aferido o peso do paciente. O valor encontrado é registrado na sua caderneta individual, visando ao acompanhamento e à avaliação do índice de massa corporal. Também é realizada a mensuração das medidas das circunferências da cintura e do quadril para a determinação da razão cintura/quadril (RCQ), sendo esse um fator preditivo para risco de doenças cardiovasculares.

Alguns estudos sugerem que o ganho de peso parece ser o principal determinante do aumento da pressão arterial que ocorre com a idade. A redução do excesso de peso traz benefícios ao paciente portador de hipertensão arterial por reduzir os valores da pressão arterial e melhorar outras morbidades freqüentemente associadas à obesidade.

Outro fator que contribui para o aumento da prevalência de obesidade nas populações urbanas do Ocidente está relacionado à redução de atividade física, incluindo o gasto de energia no trabalho e o uso crescente de automóvel.<sup>17</sup>

Apesar de a maioria dos estudos apontarem uma associação entre a incidência de obesidade e o sedentarismo, a contribuição deste na etiologia da obesidade é difícil de ser caracterizada. Essa dificuldade surge da própria definição do que seja estilo de vida sedentário.

Se, por um lado, existem algumas dúvidas sobre o real papel do sedentarismo no desenvolvimento da obesidade, por outro lado, existem poucas dúvidas sobre a relevância do exercício físico regular para o controle da obesidade e dos outros fatores de risco de doenças cardiovasculares associadas a ela.

#### **Exercício físico**

Em um levantamento realizado por SARIS<sup>18</sup>, tornou-se evidente a relação significativa e inversa entre o nível habitual de atividade física e o ganho de peso ao longo dos anos de vida. A redução do gasto energético pela diminuição de atividade física habitual, associada à rotina da vida diária e ao aumento do tempo gasto em hábitos sedentários, tem levado as pessoas a se tornarem cada vez mais obesas.

A prática regular de exercícios físicos tem sido freqüentemente recomendada como conduta não medicamentosa no tratamento da hipertensão arterial, tanto em pessoas obesas quanto em não obesas.<sup>19, 20</sup>

Todos os pacientes atendidos no ambulatório, exceto aqueles com dificuldade de locomoção ou que sejam desaconselhados pelo médico, são estimulados a aderir à prática de alguma atividade física por, no mínimo, três vezes por semana. Cada sessão de exercício deve durar no mínimo 30 minutos, mas deve ter início gradual e progressivo. A princípio, as atividades devem ser programadas para durar 15 minutos. Esse tempo é aumentado gradativamente até o limite tolerado por cada indivíduo.

Conforme as diretrizes do Seventh Report<sup>21</sup>, a prática de atividades físicas por, no mínimo, 30 minutos é recomendada e deve ser realizada na maioria dos dias da semana.

Em nosso projeto, é enfatizada a importância de se praticar alguma atividade física por, pelo menos, três vezes por semana, em dias alternados com duração de 30 a 60 minutos por sessão. A caminhada é a atividade mais recomendada aos pacientes, dada sua facilidade como acessibilidade e custo reduzido.

Além de propiciar o controle da hipertensão arterial, o exercício físico pode trazer outras vantagens que, em longo prazo, podem beneficiar sobremaneira os pacientes obesos. Durante a realização do exercício físico, a atividade nervosa simpática aumenta, o que potencializa sua ação lipolítica no tecido adiposo.<sup>22</sup> As células adiposas são ricas

em receptores  $\beta$ -adrenérgicos e, portanto, bastante susceptíveis à ação lipolítica do exercício físico.<sup>23</sup> Outros importantes aspectos favoráveis à prática de exercício físico dizem respeito ao aumento da sensibilidade à insulina e na atividade da lipoproteína lipase, responsável pela diminuição de lipídios na circulação sanguínea.<sup>24</sup>

Por outro lado, a prática de exercícios físicos regulares pode preservar a massa magra em indivíduos com restrição dietética.<sup>18</sup> Em indivíduos com restrições calóricas severas, o exercício pode corrigir, pelo menos em parte, a perda excessiva de massa magra. Além do efeito protetor da massa magra, o exercício físico acelera a perda de massa gorda durante as restrições dietéticas.

A prática regular de exercícios físicos, portanto, propicia inúmeros benefícios à saúde do indivíduo. Além do controle da obesidade, favorece a melhoria de sua qualidade de vida e até mesmo de sua auto-estima.

#### Controle dietético

Associado aos fatores já descritos, o controle dietético também é estimulado, estando intimamente relacionado ao combate à obesidade e ao excesso de peso.

Vários estudos têm evidenciado que a dieta exerce papel importante e fundamental na redução do peso e que o exercício físico regular, apesar de também contribuir para o emagrecimento, tem efeito menos significativo que o efeito da dieta.<sup>24</sup>

Em estudos realizados por Cox et al<sup>25</sup> e Katz et al<sup>26</sup>, ficou evidenciado que a dieta hipocalórica provocava maior redução no peso corporal e maior efeito hipotensor que o exercício físico. Contrariamente, outros autores observaram que a redução da pressão arterial foi maior com a associação das condutas não farmacológicas.<sup>27</sup>

Outro aspecto importante a ser enfatizado é que o padrão alimentar, ou seja, o perfil do consumo de alimentos feito pelo indivíduo ao longo de determinado período, vem sendo identificado como a alternativa mais viável para o estudo da relação entre a ingestão de nutrientes na dieta e o risco de doenças.<sup>2</sup>

De acordo com a *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, o estudo *Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH)* mostrou redução da pressão arterial em indivíduos que ingeriram dieta com frutas, verduras, derivados de leite desnatado, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol.<sup>2</sup>

Portanto, além das medidas relacionadas à alimentação citadas, todos os pacientes são orientados a evitar o consumo de leite integral, maioneses, creme de leite, manteiga e margarinas. O consumo de ovos deve ser moderado, dando preferência à clara ou ao ovo sem colesterol. A substituição de doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas é estimulada, assim como a inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas e/ou verduras no plano alimentar diário, dando preferência aos vegetais verdes ou amarelos e às frutas cítricas.

O plano alimentar é estabelecido de forma a atender às exigências de uma alimentação saudável, de manutenção do controle de peso corporal, observando-se as preferências pessoais e o poder aquisitivo do indivíduo e de sua família.

Durante as consultas de enfermagem, os pacientes são orientados a realizar seis refeições moderadas ao dia.

#### Alcoolismo

Outro aspecto enfatizado e discutido com os pacientes é o consumo de álcool.

Vários estudos têm mostrado a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial.<sup>2</sup> A ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30 ml/dia de etanol para o consumo entre os homens e metade dessa quantidade para o consumo entre as mulheres.<sup>28</sup> Esses valores correspondem ao consumo de aproximadamente 720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada.

Apesar de o alcoolismo não imperar em nossa clientela, é realizada orientação visando à redução ou mesmo o abandono da ingestão de etanol. Normalmente, esse hábito vai sendo abandonado gradativamente pelos pacientes, à medida que vão aderindo ao tratamento proposto.

Segundo o Joint National Committee,<sup>21</sup> a restrição da bebida alcoólica pode diminuir os valores da pressão arterial, sendo esta uma das recomendações para a modificação do estilo de vida.

#### Tabagismo

Outro aspecto que norteia às ações de enfermagem é o desestímulo ao hábito de fumar.

De acordo com estudos realizados por Raw et al<sup>29</sup>, o risco para hipertensão associada ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Esse risco parece ser maior em mulheres do que em homens.

Avaliação realizada por monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) mostrou que a pressão sistólica de pacientes hipertensos fumantes foi significativamente maior do que a obtida em pacientes não fumantes.<sup>30, 31</sup>

No ambulatório, os pacientes são desestimulados quanto ao hábito de fumar. O ideal é que ocorra o abandono, mas, caso haja resistência, é aconselhada a diminuição gradual dos números de cigarros fumados por dia.

Nos grupos operativos realizados, trabalha-se a conscientização dos riscos, ou seja, os efeitos nocivos que o fumo acarreta no organismo e suas conseqüências para o sistema cardiovascular.

De acordo com estudo recente, o controle do tabagismo é uma das medidas que provocaria maior impacto na redução das taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.<sup>32</sup>

Outras orientações como o controle do estresse e da ansiedade e o uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos também são realizadas nas consultas de enfermagem.

Com o seguimento do tratamento, nota-se diminuição importante dos níveis pressóricos, demonstrando a efetividade do tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, centrado na mudança do estilo de vida.

#### CONCLUSÃO

O tratamento da hipertensão arterial é sempre baseado em modificações no estilo de vida e/ou no uso

de medicamentos. Independentemente das medidas adotadas para o controle da hipertensão arterial, a adesão dos pacientes ao tratamento é condição primordial para a eficácia dele.

A não-aderência constitui um sério problema de saúde pública e deve ser considerada um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento. Logo, o acompanhamento direto ao paciente deve merecer atenção especial por parte de todos os integrantes da equipe de saúde.

Na decisão terapêutica da hipertensão arterial, deve-se levar em conta, além do tratamento medicamentoso, a mudança do estilo de vida. Essa mudança implica a adoção de medidas que garantam a alimentação saudável, dieta hipossódica e hipolipídica, prática regular de atividade física, redução do peso, controle do estresse e abandono do tabaco e álcool. Essas medidas devem ser implementadas como primeira escolha ao tratamento da hipertensão. Caso, após a efetivação dessas condutas e procedimentos, não ocorra a diminuição dos valores de pressão arterial, deverá ser iniciado o tratamento medicamentoso. É importante enfatizar que o trabalho desenvolvido no ambulatório com os pacientes portadores de hipertensão arterial, com ênfase principalmente no tratamento não medicamentoso, tem despertado a conscientização quanto à importância da mudança no estilo de vida, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

#### REFERÊNCIAS

1. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Clin Terap.* 1998; 24(6):231-72.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006. 48p.
3. Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enferm.* 1997 jul.; 5(3):43-8.
4. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enferm.* 1998 jan.; 6(1):33-39.
5. Morisky DE, et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Health.* 1983; 73:152-153.
6. IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82 (Supl IV): 2-22.
7. Denton D. Can hypertension be prevented? *J Human Hypertens.* 1997; 11:563-569.
8. Elliot P. Observational studies of salt and blood pressure. *Hypertension.* 1991; 17(suppl 1):13-8.
9. Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how does dietary salt reduction lower blood pressure? I Analysis of observational data among populations. *BMJ* 1991; 302:811-5.
10. Cutler JA, Follmann D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 2(1) (suppl):643S-51S.
11. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latino-am Enferm* 2003 mar.-abr.; 11(2):207-14.
12. Silva MJP. A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. *Rev Paul Enferm.* 1990 set./dez.; 9(3):114-9.
13. Silva MG. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. *Rev. Latino-am Enferm.* 1998 jan.; 6(1):27-31.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999. 303p.
15. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Publica* 2003 ago.; 19(4): 1039-47.
16. Waldow VR. Desenvolvimento do pensamento crítico na enfermagem. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer, DE, Organizadoras. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 110-23.
17. Matheus MC, Fugita RMI, Sá AC. Observação em enfermagem. In: Cianciarullo TI. *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.* São Paulo(SP): Atheneu; 1996. p.05-23.
18. Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. Lifestyle and hypertension. *Am J Hypertens.* 1999 sept.; 12(9):934-45.
19. Duarte MTC. Estudo dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial: relato de usuários do CSE – Botucatu, 1995/1999 [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2001.
20. Prentice AM, Jebb AS. Obesity in Britain. *Br Med J.* 1995; 311:1568-69.
21. Saris WHM. The role of exercise in the dietary treatment of obesity. *Int J Obes.* 1993; 17 (Suppl.1): 17-21.
22. Andersen RE, Wadden TA, Bartlett SJ, Zemel B, Verde TJ, Franckowiak SC. Effects of lifestyle activity vs. structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. *JAMA.* 1999 Jan.; 281(4):335-40.
23. Kelly G, McClellan P. Antihypertensive effects of aerobic exercise: a brief meta-analytic review of randomized controlled trials. *Am J Hypertension.* 1994 Feb.; 7(2):115-9.
24. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003; 42:1206-52.
25. Björntorp P. Physiological and clinical aspects of exercises in obese persons. *Exerc Sport Sci Rev.* 1983; 11:159-80.
26. Wilmore JH, Després JP, Stanforth PR, Mandel S, Rice T. Alterations in body weight and composition consequent to 20 wk of endurance training: the HERITAGE Family Study. *Am J Clin Nutr.* 1999;70(3):346-52.
27. Negrão CE, Trombetta IC, Tinucci T, Forjaz CLM. O papel do sedentarismo na obesidade. *Rev Bras Hipertens.* 2000; 2:149-55.
28. Cox KL, Puddey IB, Morton AR. Exercise and weight control in sedentary overweight men: effects on clinic and ambulatory blood pressure. *J Hypertension.* 1996; 14: 779-90.
29. Katzell LI, Bleecker ER, Colman EG. Effects of weight loss vs. aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle-aged and older men. *JAMA.* 1995; 274:1915-21.
30. Reid CM, Dart AM, Dewar EM, Jennings GL. Interactions between the effects of exercise and weight loss on risk factors, cardiovascular haemodynamics and left ventricular structure in overweight subjects. *J Hypertens.* 1994; 12(3):291-301.
31. Krauss RM, Eckel RH, Howard BH. AHA Dietary Guidelines. Revision 2000: A Statement for Healthcare Professionals From the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Stroke.* 2000; 31:2751-66.
32. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ.* 1999 Jan.; 318:182-5.
33. Mann SJ, James GD, Wang RS, Pickering TG. Elevation of ambulatory systolic blood pressure in hypertensive smokers. A case-control study. *JAMA.* 1991; 265:2226-8.
34. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Zampi I. Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. *J Hypertens.* 1995; 13(10):1209-15.
35. Mendes MJFL, Alves JGB, Alves AV, Siqueira PP, Freire EFC. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2006 maio. [citado 2006 Ago 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
36. National Institutes of Health. National Heart Lung and blood Institute. The DASH Diet. Bethesda: National Institutes of Health; 1999. NIH Publication 99-4062.

Data de submissão: 13/06/07  
Data de aprovação: 21/12/07



# Normas de Publicação

## 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 utilização 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:** são 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:

- protocolados, registrados em base de dados para controle;
- 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;
- 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;
- remetidos a dois revisores 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.
- Após receber ambos os 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 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 2,5mm, 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 ter 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.

**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/bsscsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](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 IBICT- Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, 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. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. I, FIG. I, GRÁF I). 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. I).

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 bibliográficas.

## 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 e fax, e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME.

(Modelos disponíveis em [www.enf.ufmg.br/rem](http://www.enf.ufmg.br/rem))

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido 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  
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte  
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3409-9876  
**E-mail:** [reme@enf.ufmg.br](mailto: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 – 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 mm, 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: REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 n 103

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 palabras 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.

**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](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.enfermagem.ufmg.br/reme](http://www.enfermagem.ufmg.br/reme))

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 Responsibility Agreement and Copyright Transfer Agreement and also a statement informing that there are no personal, commercial, 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 - Telefax.: 55(31) 3409-9876 REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107,

jan/mar, 2007 104

E-mail: [reme@enf.ufmg.br](mailto: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)

# Normas de Publicación

## 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, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las 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 25mm, 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.

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/bccsm/vancouver.html>

En español: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm>

En inglés: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](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 citas en el texto deberán indicarse con número arábigo, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del artículo.

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 Tecnología, 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. I, FIG. I, GRAF. I). Cada ilustración deberá tener un título 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. I).

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 completa, 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 bibliográficas.

## 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. (Modelos disponibles en: [www.enfermagem.ufmg.br/rem](http://www.enfermagem.ufmg.br/rem))

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.

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, sala 104 Bloco Norte

CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax \*\*55 (31) 3409-9876

Correo electrónico: [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)

## 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 septiembre de 2007)

# REME

Revista Mineira de Enfermagem  
Nursing Journal of Minas Gerais  
Revista de Enfermería de Minas Gerais

Assinatura Anual 2007 | Annual subscription 2007 | Suscripción 2007

EXEMPLAR AVULSO / SAMPLE PRICE / EJEMPLAR SUELTO

1997 A 2003: R\$10,00 / US\$10.00

2004 A 2007: R\$25,00 / US\$25.00

Nome / Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Endereço / Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Cidade / City / Ciudad: \_\_\_\_\_ País / Country / País: \_\_\_\_\_

UF / State / Provincia: \_\_\_\_\_ CEP / Zip Code / Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. / Phone / Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Celular / Cell / Phone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Empresa / Company / Empresa: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional / Occupation / Profesión: \_\_\_\_\_

Data / Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Assinatura / Signature / Firma: \_\_\_\_\_

**Remeter Ficha de Assinatura, acompanhada de cópia do comprovante de depósito bancário, para:**

**Send your subscription to:**

**Enviar la Inscripción a:**

**Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**

Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104, Bloco Norte  
Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP 30130-100  
Belo Horizonte - MG - Brasil  
Telefone/Fax: +55 31 3409-9876

**BANCO DO BRASIL**

Agência, Branch Number, Sucursal Número: 1615-2;

Conta, Bank Account, Cuenta de Banco: 480109-1

Individual: R\$100,00 ( ) US\$80,00 ( )

Institucional: R\$150,00 ( ) US\$100,00 ( )

Código identificador, Identification code, Clave de Identificación: 4828011

Favorecido, To, Em nome de: Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

Periodicidade Trimestral, Every Quarter, Periodicidad Trimestral

