

## *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene*

Rev. Rene, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 1-158, jul./set.2009

Publicação da Rede de Enfermagem do Nordeste/Departamento de Enfermagem/UFC

A **Rede de enfermagem do Nordeste – RENE** foi criada em 24 de novembro de 1994, através do “Termo Aditivo ao Convênio de Protocolo de Integração do Nordeste – PINE”, assinado pelos Reitores das Universidades Federais, Estaduais e particulares do Nordeste do Brasil, e visa contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem da Região Nordeste, objetivando o fortalecimento do ensino, da pesquisa e da extensão; apoiar o desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a Região Nordeste – PROPRENE.

### **RENE**

#### **PÓLO I**

Ceará  
Maranhão  
Piauí

#### **PÓLO II**

Paraíba  
Rio Grande do Norte  
Pernambuco

#### **PÓLO III**

Bahia  
Alagoas  
Sergipe

### **CONSELHO EDITORIAL**

Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso/UFC  
Lorita Marlena Freitag Pagliuca/UFC  
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga/UFC  
Maria Salete Bessa Jorge/UECE  
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos/UNIFOR

### **BIBLIOTECÁRIA**

Norma de Carvalho Linhares

### **PROJETO GRÁFICO**

Carlos Alberto Alexandre Dantas

### **CAPA**

Geraldo Jesuino da Costa

### **PERIODICIDADE**

Trimestral

**Indexação**

A **Rev. Rene** é indexada nas seguintes bases de dados:

**Internacionais**

CUIDEN – [www.index-f.com](http://www.index-f.com)

LILACS – [www.bireme.ops.oms.org](http://www.bireme.ops.oms.org)

CINAHL – [www.cinahl.com](http://www.cinahl.com)

Periódica – Índice de Revistas Latino-Americanas em Ciências

**Nacionais**

BDENF – Base de Dados em Enfermagem

BVSE – Biblioteca Virtual de Saúde – Enfermagem

**Afiliação** – Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

**Tiragem** – 400 exemplares

**Endereço**

Universidade Federal do Ceará

Departamento de Enfermagem

Rede de Enfermagem do Nordeste

Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo

60430-160 – Fortaleza-CE – Brasil

Fone/Fax: 55 85 3366.8453

E-mail: [rene@ufc.br](mailto:rene@ufc.br)

Site: [www.revistarene.ufc.br](http://www.revistarene.ufc.br)

Rev. Rene: revista da rede de enfermagem do nordeste. / Rede de Enfermagem do Nordeste.  
Vol. 10, n. 3 (jul./set. 2009) – Fortaleza [CE]: A Rede, 2000-

Trimestral

ISSN 1517-3852

1. Enfermagem – Periódicos. I. Rede de Enfermagem do Nordeste. II. Protocolo de Integração do Nordeste. III. Programa de Pós-graduação da Rede de Enfermagem.

CDU 616-083 (05)

# Sumário

<b>EDITORIAL</b>	<b>13</b>
<b>ARTIGOS ORIGINAIS</b>	
<b>PRECAUÇÕES BÁSICAS E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS NA COLETA PARA O EXAME DE PAPANICOLAOU</b> <i>Nancy Costa de Oliveira</i> <i>Escolástica Rejane Ferreira Moura</i>	<b>19</b>
<b>MÃES COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL NO LOCAL DE TRABALHO</b> <i>Bárbara de Andrade Alves</i> <i>Juliana Cursi</i> <i>Mariluci Pereira de Camargo Labegalini</i> <i>Ieda Harumi Higarashi</i> <i>Luciana Olga Bercini</i>	<b>27</b>
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA-CE</b> <i>Francisca Elisângela Teixeira Lima</i> <i>Thelma Leite de Araújo</i> <i>Thereza Maria Magalhães Moreira</i> <i>Marcos Venícius de Oliveira Lopes</i> <i>Albeniza Mesquita de Medeiros</i>	<b>37</b>
<b>TECNOLOGIA, AMBIENTE E INTERAÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA</b> <i>Márcia Maria Coelho Oliveira</i> <i>Andréa Lopes Barbosa</i> <i>Marli Teresinha Gimenez Galvão</i> <i>Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso</i>	<b>44</b>
<b>ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS INSTITUCIONALIZADOS – ANÁLISE COM FOCO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b> <i>Juliana Lima Fonteles</i> <i>Zélia Maria de Sousa Araújo Santos</i> <i>Marlucilena Pinheiro da Silva</i>	<b>53</b>
<b>FATORES QUE INTERFEREM NO ALEITAMENTO MATERNO</b> <i>Mirna Albuquerque Frota</i> <i>Fabianne Lopes da Costa</i> <i>Simone Dantas Soares</i> <i>Oswaldo Albuquerque Sousa Filho</i> <i>Conceição de Maria de Albuquerque</i> <i>Cíntia Freitas Casimiro</i>	<b>61</b>

**EDUCAÇÃO AMBIENTAL: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA UTILIZANDO PORTAL CAPES**

*Eveline Pinheiro Beserra*  
*Maria Dalva Santos Alves*

68

**PRODUÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA NAS INTERNAÇÕES EM CLÍNICA MÉDICA EM HOSPITAIS EM RIBEIRÃO PRETO-SP**

*Gabriela Drem Picolo*  
*Lucieli Dias Pedreschi Chaves*

74

**CONDUTAS DE ENFERMEIROS NO TRATAMENTO DE FERIDAS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

*Rosa Aparecida Nogueira Moreira*  
*Terezinha Almeida Queiroz*  
*Márcio Flávio Moura de Araújo*  
*Thiago Moura de Araújo*  
*Joselany Áfio Caetano*

83

**AUDITORIA DOS REGISTROS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

*Jessica Bentes Abdon*  
*Regina Cláudia Melo Dodt*  
*Danielly Pontes Vieira*  
*Neudson Johnson Martinho*  
*Elioneide Paulo Carneiro*  
*Lorena Barbosa Ximenes*

90

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM UNIDADE NEONATAL**

*Natalie Dantas Costa Lima*  
*Viviane Martins da Silva*  
*Beatriz Amorim Beltrão*

97

**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: ROMPENDO O SILÊNCIO**

*Estela Maria Leite Meirelles Monteiro*  
*Waldemar Brandão Neto*  
*Islan Moissalye Barbosa Gomes*  
*Roberta Biondi Nery de Freitas*  
*Camila Lima Brady*  
*Marta Úrsula Barbosa de Moraes*

107

**REGISTROS DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: ENFOQUE NA CONSULTA DE PUERICULTURA**

*Gabrielle Gama Teixeira Lima*  
*Maria de Fátima Oliveira Coutinho Silva*  
*Teresa Neumann Alcoforado Costa*  
*Ana Flávia Gomes de Britto Neves*  
*Rosane Arruda Dantas*  
*Anna Rosa e Souza Occhiuzzo Lima*

117

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO PAI DIANTE DO NASCIMENTO DO FILHO**

*Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho*  
*Rosineide Santana de Brito*  
*Ana Cristina Pinheiro Fernandes Araújo*  
*Nilba Lima de Souza*

125

**ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

*Rafaella Felix Serafim Veras*  
*Jacira dos Santos Oliveira*

132

**ARTIGOS DE REVISÃO**

**COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

*Carla Monique Lopes Mourão*  
*Aline Mara Souza Albuquerque*  
*Anna Paula Sousa da Silva*  
*Mariza Silva de Oliveira*  
*Ana Fátima Carvalho Fernandes*

139

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

*Ana Roberta Vilarouca da Silva*  
*Suyanne Freire de Macêdo*  
*Neiva Francenely Cunha Vieira*  
*Patrícia Neyva da Costa Pinheiro*  
*Marta Maria Coelho Damasceno*

146

**ARTIGO DE REFLEXÃO**

**REPENSANDO AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES SOB UM OLHAR FOUCAULTIANO**

*Adriane Maria Netto de Oliveira*  
*Rosane Gonçalves Nitschke*  
*Mara Regina Santos da Silva*  
*Giovana Calcagno Gomes*  
*Josefine Busanello*

152

# Summary

**EDITORIAL**

13

**ORIGINAL ARTICLES**

**BASIC SAFETY MEASURES AND MANAGEMENT OF RESIDUES OF MATERIAL COLLECTED FOR PAPANICOLAOU EXAM**

*Nancy Costa de Oliveira*

*Escolástica Rejane Ferreira Moura*

19

**EXCLUSIVE BREASTFEEDING MOTHERS MAKING USE OF A DAY CARE CENTER AT THE WORK PLACE**

*Bárbara de Andrade Alves*

*Juliana Cursi*

*Mariluci Pereira de Camargo Labegalini*

*Ieda Harumi Higarashi*

*Luciana Olga Bercini*

27

**SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN A HOSPITAL IN FORTALEZA-CE**

*Francisca Elisângela Teixeira Lima*

*Thelma Leite de Araújo*

*Thereza Maria Magalhães Moreira*

*Marcos Venícius de Oliveira Lopes*

*Albeniza Mesquita de Medeiros*

37

**TECNOLOGY, ENVIRONMENT AND INTERACTIONS IN HEALTH PROMOTION TO THE NEWBORN AND HIS FAMILY**

*Márcia Maria Coelho Oliveira*

*Andréa Lopes Barbosa*

*Marli Teresinha Gimenez Galvão*

*Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*

44

**THE LIFESTYLE OF INSTITUTIONALIZED HYPERTENSIVE ELDERLY – AN ANALYSIS FOCUSING ON HEALTH EDUCATION**

*Juliana Lima Fonteles*

*Zélia Maria de Sousa Araújo Santos*

*Marlucilena Pinheiro da Silva*

53

**FACTORS WHICH INTERFERE IN BREASTFEEDING**

*Mirna Albuquerque Frota*

*Fabianne Lopes Da Costa*

*Simone Dantas Soares*

*Oswaldo Albuquerque Sousa Filho*

*Conceição De Maria De Albuquerque*

*Cíntia Freitas Casimiro*

61

**ENVIRONMENTAL EDUCATION: BIBLIOGRAPHICAL RESEARCH USING CAPES PORTAL**

*Eveline Pinheiro Beserra*  
*Maria Dalva Santos Alves*

68

**PHYSICAL AND FINANCIAL PRODUCTION IN CLINICAL HOSPITALIZATIONS IN HOSPITALS IN RIBEIRAO PRETO-SP**

*Gabriela Drem Picolo*  
*Lucieli Dias Pedreschi Chaves*

74

**NURSES' BEHAVIOUR IN THE TREATMENT OF WOUNDS IN AN INTENSIVE CARE UNIT**

*Rosa Aparecida Nogueira Moreira*  
*Terezinha Almeida Queiroz*  
*Márcio Flávio Moura de Araújo*  
*Thiago Moura de Araújo*  
*Joselany Áfio Caetano*

83

**REGISTRATION AUDITING IN NURSING CONSULTATION FOLLOWING INFANT GROWTH AND DEVELOPMENT**

*Jessica Bentes Abdon*  
*Regina Cláudia Melo Dodt*  
*Danielly Pontes Vieira*  
*Neudson Johnson Martinho*  
*Elioneide Paulo Carneiro*  
*Lorena Barbosa Ximenes*

90

**CONSTRUCTION AND VALIDATION OF DATA COLLECTION INSTRUMENT CONTENT IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**

*Natalie Dantas Costa Lima*  
*Viviane Martins da Silva*  
*Beatriz Amorim Beltrão*

97

**VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENT: BREAKING THE SILENCE**

*Estela Maria Leite Meirelles Monteiro*  
*Waldemar Brandão Neto*  
*Islan Moissalye Barbosa Gomes*  
*Roberta Biondi Nery de Freitas*  
*Camila Lima Brady*  
*Marta Úrsula Barbosa de Moraes*

107

**REGISTERS OF THE NURSE IN THE GROWTH AND DEVELOPMENT ATTENDANCE: APPROACH IN CHILD CARE CONSULTATION**

*Gabrielle Gama Teixeira Lima*  
*Maria de Fátima Oliveira Coutinho Silva*  
*Teresa Neumann Alcoforado Costa*  
*Ana Flávia Gomes de Britto Neves*  
*Rosane Arruda Dantas*  
*Anna Rosa e Souza Occhiuzzo Lima*

117

**FEELINGS UNDERGONE BY THE FATHER AT THE BIRTH OF HIS CHILD**

*Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho*  
*Rosineide Santana de Brito*  
*Ana Cristina Pinheiro Fernandes Araújo*  
*Nilba Lima de Souza*

125

**SOCIO-DEMOGRAPHIC ASPECTS THAT INFLUENCE THE DECISION OF TAKING UP ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT**

*Rafaella Felix Serafim Veras*  
*Jacira dos Santos Oliveira*

132

**REVISION ARTICLE**

**COMMUNICATION IN NURSING: A LITERATURE REVIEW**

*Carla Monique Lopes Mourão*  
*Aline Mara Souza Albuquerque*  
*Anna Paula Sousa da Silva*  
*Mariza Silva de Oliveira*  
*Ana Fátima Carvalho Fernandes*

139

**HEALTH EDUCATION FOR TYPE 2 DIABETES MELLITUS CARRIERS: BIBLIOGRAPHICAL REVIEW**

*Ana Roberta Vilarouca da Silva*  
*Suyanne Freire de Macêdo*  
*Neiva Francenely Cunha Vieira*  
*Patrícia Neyva da Costa Pinheiro*  
*Marta Maria Coelho Damasceno*

146

**REFLECTION ARTICLE**

**RETHINKING THE RELATIONSHIP IN THE FAMILY ACCORDING TO FOUCAULT**

*Adriane Maria Netto de Oliveira*  
*Rosane Gonçalves Nitschke*  
*Mara Regina Santos da Silva*  
*Giovana Calcagno Gomes*  
*Josefine Busanello*

152

# Sumario

**EDITORIAL**

13

**ARTÍCULOS ORIGINALES**

**CAUTELAS BÁSICAS Y MANEJO DE RESIDUOS EN LA TOMA DE MUESTRA PARA LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU**

*Nancy Costa de Oliveira*

*Escolástica Rejane Ferreira Moura*

19

**MADRES CON AMAMANTAMIENTO MATERNO EXCLUSIVO EN CENTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL EN EL LOCAL DE TRABAJO**

*Bárbara de Andrade Alves*

*Juliana Cursi*

*Mariluci Pereira de Camargo Labegalini*

*Ieda Harumi Higarashi*

*Luciana Olga Bercini*

27

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UN HOSPITAL DE FORTALEZA-CE**

*Francisca Elisângela Teixeira Lima*

*Thelma Leite de Araújo*

*Thereza Maria Magalhães Moreira*

*Marcos Venícius de Oliveira Lopes*

*Albeniza Mesquita de Medeiros*

37

**TECNOLOGÍA, AMBIENTE E INTERACCIONES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD AL RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA**

*Márcia Maria Coelho Oliveira*

*Andréa Lopes Barbosa*

*Marli Teresinha Gimenez Galvão*

*Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*

44

**ESTILO DE VIDA DE ANCIANOS HIPERTENSOS INSTITUCIONALIZADOS - ANÁLISIS ENFOCADO EN LA EDUCACIÓN EN SALUD**

*Juliana Lima Fonteles*

*Zélia Maria de Sousa Araújo Santos*

*Marlucilena Pinheiro da Silva*

53

**FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA LACTACIÓN MATERNA**

*Mirna Albuquerque Frota*

*Fabianne Lopes da Costa*

*Simone Dantas Soares*

*Oswaldo Albuquerque Sousa Filho*

*Conceição de Maria de Albuquerque*

*Cíntia Freitas Casimiro*

61

**EDUCACIÓN AMBIENTAL: INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA UTILIZANDO PORTAL CAPES**

*Eveline Pinheiro Beserra*  
*Maria Dalva Santos Alves*

68

**PRODUCCIÓN FÍSICA Y FINANCIERA EN LAS INTERNACIONES EN CLÍNICA MÉDICA EN HOSPITALES EN RIBEIRÃO PRETO-SP**

*Gabriela Drem Picolo*  
*Lucieli Dias Pedreschi Chaves*

74

**CONDUCTAS DE ENFERMEROS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS EN UNA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA**

*Rosa Aparecida Nogueira Moreira*  
*Terezinha Almeida Queiroz*  
*Márcio Flávio Moura de Araújo*  
*Thiago Moura de Araújo*  
*Joselany Áfio Caetano*

83

**AUDITORÍA DE LOS REGISTROS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA QUE ACOMPAÑA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL**

*Jessica Bentes Abdon*  
*Regina Cláudia Melo Dodt*  
*Danielly Pontes Vieira*  
*Neudson Johnson Martinho*  
*Elioneide Paulo Carneiro*  
*Lorena Barbosa Ximenes*

90

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS EN UNIDAD NEONATAL**

*Natalie Dantas Costa Lima*  
*Viviane Martins da Silva*  
*Beatriz Amorim Beltrão*

97

**VIOLENCIA CONTRA NIÑO Y ADOLESCENTE: ROMPIENDO EL SILENCIO**

*Estela Maria Leite Meirelles Monteiro*  
*Waldemar Brandão Neto*  
*Islan Moissalye Barbosa Gomes*  
*Roberta Biondi Nery de Freitas*  
*Camila Lima Brady*  
*Marta Úrsula Barbosa de Moraes*

107

**REGISTROS DEL ENFERMERO EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: ENFOQUE EN LA CONSULTA DE PUERICULTURA**

*Gabrielle Gama Teixeira Lima*  
*Maria de Fátima Oliveira Coutinho Silva*  
*Teresa Neumann Alcoforado Costa*  
*Ana Flávia Gomes de Britto Neves*  
*Rosane Arruda Dantas*  
*Anna Rosa e Souza Occhiuzzo Lima*

117

**SENTIMIENTOS VIVIDOS POR EL PADRE AL PRESENCIAR EL NACIMIENTO DEL HIJO**

*Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho*  
*Rosineide Santana de Brito*  
*Ana Cristina Pinheiro Fernandes Araújo*  
*Nilba Lima de Souza*

125

**ASPECTOS SOCIAL-DEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO CONTRA HIPERTENSIÓN**

*Rafaella Felix Serafim Veras*  
*Jacira dos Santos Oliveira*

132

**ARTÍCULOS DE REVISIÓN**

**COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

*Carla Monique Lopes Mourão*  
*Aline Mara Souza Albuquerque*  
*Anna Paula Sousa da Silva*  
*Mariza Silva de Oliveira*  
*Ana Fátima Carvalho Fernandes*

139

**EDUCACIÓN EN SALUD PARA PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

*Ana Roberta Vilarouca da Silva*  
*Suyanne Freire de Macêdo*  
*Neiva Francenely Cunha Vieira*  
*Patrícia Neyva da Costa Pinheiro*  
*Marta Maria Coelho Damasceno*

146

**ARTÍCULO DE REFLEJO**

**RECONSIDERANDO LAS RELACIONES ENTRE LA FAMILIA BAJO EL PUNTO VISTA DE FOUCAULT**

*Adriane Maria Netto de Oliveira*  
*Rosane Gonçalves Nitschke*  
*Mara Regina Santos da Silva*  
*Giovana Calcagno Gomes*  
*Josefine Busanello*

152



# EDITORIAL

## Tecnologia e Enfermagem

*N*a era atual não se pode desvincular dos temas emergentes, que envolvem a ciência, a comunicação, a saúde e a tecnologia, a influência da mídia, os avanços tecnológicos, e o uso do computador em todas as esferas da vida. Os conceitos criados para tecnologia abrangem diversos prismas de avaliação, a depender de qual tipo de tecnologia, das abordagens, da utilidade e das influências em determinada área do conhecimento. O avanço tecnológico abrange as mais diversas áreas, figurando a física quântica, a nanotecnologia, a astronomia, a computação, a medicina, a enfermagem, a psicologia, etc.

E ao se refletir sobre a Enfermagem nesse contexto, depara-se com um campo vasto, no qual se vivencia o cuidar de um ser humano em diversas condições do processo saúde doença e, nesse espaço a incorporação tecnológica é evidente e em constante mutação. Dentre as classificações de tecnologias, pode-se encontrar a leve, leve-dura e dura<sup>(1)</sup>, as tecnologias chamadas assistivas<sup>(2)</sup>, as tecnologias emancipatórias<sup>(3)</sup>.

Cada uma com suas formas de interpretação que ora se unem e ora se distanciam. Mas, se faz pertinente refletir onde e como a Enfermagem pode atuar de forma objetiva, produtiva e autônoma frente aos desafios que envolvem o uso dessa tecnologia.

Como o ser enfermeiro pode se munir de conhecimentos específicos e gerais para que as suas ações de cuidado possam ser melhor qualificadas e, conseqüentemente, possam ser criticadas, aperfeiçoadas e incorporadas em rotinas dos serviços de saúde.

Ressalta-se que para a Enfermagem, não interessa apenas as máquinas, equipamentos de alta precisão e muitas vezes complexidade. Necessita-se atentar também para os saberes que respaldarão os aspectos práticos que envolvem a profissão.

Isso abrange desde o processo de se comunicar e relacionar com o ser cuidado, ao processo de manipular e operar um equipamento em uma unidade hospitalar especializada. Permeia os campos da educação e saúde com as possibilidades da Educação a Distância (EaD), inserção na Telesaúde, construção e validação de instrumentos, visando proporcionar ambientes e situações que promovam a saúde de forma ampliada e humanizada.

*Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*

Presidente do Conselho Editorial da Rev Rene

## REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Saúde: a categoria do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Nietzsche EA, Leopardi MT. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(1):25-41.
3. Cezario KG, Pagliuca LMF, tecnologia assistiva em saúde para cegos: enfoque na prevenção de drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007;11(4):677-81.



# EDITORIAL

## Technology and Nursing

*I*n the present age we cannot disassociate from emerging issues, which involve science, communication, health and technology, the influence of media, technological advances, and the use of computers in all spheres of life. The concepts created for technology cover various evaluation approaches, which depend upon which type of technology, approaches, usefulness and influences in a particular area of knowledge. Technological advances cover several areas, figuring quantum physics, nanotechnology, astronomy, computer science, medicine, nursing, psychology, etc.

And as we reflect on nursing in this context, we face a vast field in which to experience the care of a human being in various conditions of the health and disease process and in this space; technological incorporation is evident and constantly changing. Among the rankings of technologies, we can find the slight, soft-hard and hard<sup>(1)</sup>, the so-called assistive technologies<sup>(2)</sup> and the emancipatory technologies<sup>(3)</sup>. Each with its own forms of interpretation that sometimes get close as others move away.

However, it is pertinent to reflect on where and how nursing can act in an objective, productive and autonomous way, as it faces the challenges that involve the use of such technology.

As the nurse may be in possession of specific and general knowledge so that their care actions can be better qualified and thus can be criticized, refined and incorporated into health service routine.

It is noteworthy that for nursing, it does not apply only to machinery, high precision and often complex equipment. There is need to be aware with the knowledge that will support the practical aspects surrounding the profession.

This ranges from the process to communicate and relate to health care, to the process of manipulating and operating equipment in a specialized hospital unit.

It permeates the fields of education and health with the possibilities of Distance Education (EAD), insertion in Telehealth, construction and validation of instruments, aiming to provide environments and situations that promote health in a wider and humanized sense.

*Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*  
Chairperson of the Editorial Board of Rene Journal

## REFERENCES

1. Merhy EE. Saúde: a categoria do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Nietsche EA, Leopardi MT. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(1):25-41.
3. Cezario KG, Pagliuca LMF, tecnologia assistiva em saúde para cegos: enfoque na prevenção de drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007;11(4):677-81.



# EDITORIAL

## Tecnología y Enfermería



En la era actual no se puede permanecer desvinculado de los temas emergentes, que abarcan la ciencia, la comunicación, la salud y la tecnología, la influencia de los medios de comunicación social, los avances tecnológicos, y el uso del ordenador en todas las esferas de la vida. Los conceptos creados para la tecnología abarcan diversos prismas de evaluación, dependiendo de cuál tipo de tecnología, de los planteos, de la utilidad y de las influencias en determinada área del conocimiento. El avance tecnológico abarca las más variadas áreas, figurando la física cuántica, la nanotecnología, la astronomía, la computación, la medicina, la enfermería, la psicología, etc.

Y al reflejarse la Enfermería en ese contexto, se depara con un campo inmenso, en el cual se percata el cuidar de un ser humano en diversas condiciones del proceso salud- enfermedad y, en ese espacio la incorporación tecnológica es evidente y está en constante mutación. Entre las clasificaciones de tecnologías, se puede encontrar la leve, leve-dura y dura<sup>(1)</sup>, las tecnologías llamadas de asistencia<sup>(2)</sup>, las tecnologías emancipadoras<sup>(3)</sup>.

Cada una con sus formas de interpretación que una hora se unen y otra se separan. Pero, es pertinente reflexionar dónde y cómo la Enfermería puede actuar de forma objetiva, productiva y autónoma ante los desafíos que abarcan el uso de esa tecnología.

Como el ser enfermero puede proveerse de conocimientos específicos y generales para que sus acciones de cuidado puedan ser mejor calificadas y por consecuencia, puedan ser criticadas, primoreadas e incorporadas en las rutinas de los servicios de salud.

Se prepondera que a la Enfermería, no le interesan sólo las máquinas, equipamientos de alta precisión y muchas veces de complejidad. Es necesario prestar atención, también, a los saberes que respaldarán los aspectos prácticos que esta profesión abarca. Eso incluye desde el proceso de comunicarse y relacionarse con el ser cuidado hasta el proceso de manipular y operar un equipamiento en una unidad hospitalaria especializada. Entremete los campos de la educación y la salud con las posibilidades del Ambiente Virtual de Aprendizaje (AVA), inserción en la TELESALUD, construcción y validez de instrumentos, buscando proporcionar ambientes y situaciones que promuevan la salud de forma ampliada y humanizada.

*Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*  
Presidente del Consejo Editorial de la Revista Rene

## REFERENCIAS

1. Merhy EE. Saúde: a categoria do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Nietzsche EA, Leopardi MT. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2000;9(1):25-41.
3. Cezario KG, Pagliuca LMF, tecnologia assistiva em saúde para cegos: enfoque na prevenção de drogas. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(4):677-81.



## PRECAUÇÕES BÁSICAS E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS NA COLETA PARA O EXAME DE PAPANICOLAOU

### *BASIC SAFETY MEASURES AND MANAGEMENT OF RESIDUES OF MATERIAL COLLECTED FOR PAPANICOLAOU EXAM*

### *CAUTELAS BÁSICAS Y MANEJO DE RESIDUOS EN LA TOMA DE MUESTRA PARA LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU*

NANCY COSTA DE OLIVEIRA  
ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA

*As precauções básicas de prevenção de infecções e gerenciamento de resíduos de serviços de saúde são temáticas emergentes, na perspectiva da segurança dos trabalhadores de saúde, usuários e do meio ambiente. Objetivou-se verificar a adoção de precauções básicas de prevenção de infecções e de gerenciamento de resíduos na realização da coleta citológica. Os dados foram coletados em 21 (100%) unidades de saúde da família de Maranguape-CE, por meio da observação estruturada direta das enfermeiras e observação participativa. A lavagem das mãos não é um hábito dessas enfermeiras na prática da coleta de exame do Papanicolaou, todavia a luva de procedimento de látex é garantida em todas as unidades, como também utilizada em 100% dos exames. O processamento de artigos reutilizáveis contaminados e o gerenciamento de resíduos infectantes mostraram-se inadequados, ao que recomendamos de ser implantado conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC No. 306/2004) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.*

**DESCRITORES:** Proteção pessoal; Gerenciamento de resíduos; Esfregaço vaginal; Enfermagem em saúde comunitária.

*The basic safety measures to prevent infection and the management of health services residues are budding issues regarding the safety of health workers, customers and the environment. The aim of this study was to investigate the use of basic safety measures in preventing infections and the management of the residues in the material collected for Papanicolaou exam. The data have been collected in 21 (100%) family health divisions in Maranguape, Ceará. It was done through direct structured and participative observation by the nurses. Such nurses did not use to wash their hands during the Papanicolaou exam, however, the latex gloves were guaranteed in all divisions and they were also used in 100% of the exams. The possessing of contaminated reusable items and managing of infected residuals showed to be inappropriate to what we recommend to be implanted according to the Resolution of the Diretoria Colegiada (RDC number 306/2004) of the National Agency of Sanitation Surveillance.*

**DESCRIPTORS:** Personal protection; Waste management; Vaginal smears; Community health nursing.

*Las cautelas básicas de prevención de infecciones y manejo de residuos de servicios de salud son temáticas emergentes, desde el punto de vista de la seguridad de los trabajadores de la salud, usuarios y del medio ambiente. Estudio que tuvo como objetivo verificar la adopción de cautelas básicas de prevención de infecciones y manejo de residuos en la toma de muestra para la prueba de Papanicolaou. Los datos se obtuvieron en 21 (100%) unidades de salud de la familia en Maranguape-CE, por medio de observación estructurada directa de las enfermeras y observación participativa. Lavarse las manos no es un hábito de estas enfermeras durante la toma de muestra de la prueba de Papanicolaou, sin embargo se garante la existencia de los guantes de procedimiento de látex en todas las unidades y son utilizados en 100% de los exámenes. El procesamiento de artículos reciclables contaminados y el manejo de residuos infecciosos se revelaron inadecuados, por lo cual, recomendamos que esto sea implantado conforme la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC No. 306/2004) de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria.*

**DESCRIPTORES:** Protección personal; Administración de residuos; Frotis vaginal; Enfermería en salud comunitaria.

<sup>1</sup> Enfermeira Assistencial do Programa Saúde da Família. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Endereço para correspondência: Rua Oscar Bezerra, 72 – Apto. 401/B – Montese. CEP: 60425-720 Fortaleza-CE/Brasil. E-mail: nancostaoliveira@terra.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq/Brasil. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Com o surgimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV)/aids houve um movimento rápido para que diretrizes de proteção aos trabalhadores de saúde fossem adotadas, relativas ao HIV e a outras infecções transmitidas pelo sangue. Em 1985, O *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* publicou as “precauções universais” e a partir de adoção pelos trabalhadores das unidades sanitárias foi reconhecido que estas serviam como medida de proteção do pessoal (transmissão doente-trabalhador), porém sacrificava algumas medidas de prevenção de transmissão doente-doente e pessoal-doente. Como essas diretrizes eram baseadas no diagnóstico, muitos indivíduos com HIV/aids não apresentavam sintomas e dificilmente eram reconhecidos como infectados, sendo necessário modificá-las, de forma a abranger todos os indivíduos que recorressem às unidades sanitárias, independente de estarem ou não infectados<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto foi proposto, em 1987, como alternativa às precauções universais o sistema “Isolamento de Substâncias Corporais (ISC)”, desta feita voltado à proteção dos trabalhadores de saúde e dos doentes, relativa às vias úmidas e todas as substâncias corpóreas potencialmente infectadas (secreções e excreções) e não somente ao sangue<sup>(2)</sup>. O ISC se centrou no uso de luvas antes de tocar em membranas mucosas ou pele não íntegra e antes de contato com fluidos corporais, imunizar doentes susceptíveis e trabalhadores de saúde contra sarampo, parotidite, varicela, rubéola, hepatite B e tétano e rever as instruções com relação a doentes com infecção transmissível por via aérea<sup>(2)</sup>. O ISC teve ampla e rápida aceitação. Todavia, surgiram desvantagens atribuídas ao custo adicional de luvas para manter uma rotina de uso com todos os doentes e incerteza acerca das medidas de prevenção para os doentes em quartos isolados<sup>(3)</sup>. Portanto, no início dos anos 90, os trabalhadores de saúde estavam confusos sobre como proceder em relação as diretrizes de precauções para doentes e pessoal, o que fez surgir um novo sistema de diretrizes com recomendações exequíveis para a prevenção da maioria das infecções que ocorre em unidades sanitárias. O referido sistema apresenta uma abordagem em duas vertentes: precauções básicas, que se aplicam

a todos os doentes que recorrem às unidades sanitárias, dado que a maioria das pessoas com infecções virais de origem sanguínea como o HIV, o vírus da hepatite B e da hepatite C não é reconhecida como infectada; e as precauções baseadas nas vias de transmissão, que se aplicam em situação nosocomial<sup>(4)</sup>.

As precauções básicas se aplicam ao sangue e aos demais fluidos corporais (exceto o suor), pele não íntegra e mucosas, com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão de microrganismos de fontes de infecção conhecidas ou desconhecidas, tornando-se estratégia essencial para prevenir as infecções em unidades sanitárias. Consideram todos os doentes ou trabalhadores de saúde, como potencialmente infecciosos e susceptíveis às infecções, definindo que é necessário lavar as mãos após tocar em sangue, fluidos, secreções, excreções e itens contaminados, antes e imediatamente depois de retirar as luvas e entre contatos com doentes; usar luvas nas duas mãos antes de tocar pele lesionada, membranas mucosas, sangue ou outros fluidos corporais, ou instrumentos sujos e lixo contaminado e antes de efetuar procedimentos invasivos; utilizar óculos e máscaras faciais para proteger olhos, nariz e boca quando for provável ocorrer contato com sangue e fluidos e aventais, caso possam ocorrer salpicos e derrames de quaisquer fluidos corporais; utilizar anti-sépticos para limpeza de pele ou de membranas mucosas antes de cirurgias, limpeza de feridas, ou para a lavagem das mãos ou lavagem cirúrgica das mãos com um produto anti-séptico à base de álcool; não reencapar e não dobrar agulhas usadas; passar instrumentos perfuro cortantes com segurança; suturar, quando apropriado, com agulhas cegas; descartar de forma segura o lixo infeccioso para proteger quem o manuseia e prevenir a ocorrência de lesões ou difusão de infecções à comunidade; e processar os instrumentos, luvas e outros itens depois da utilização<sup>(4)</sup>. O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) constitui um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e executados conforme bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de reduzir a produção de resíduos e dar aos resíduos gerados um destino final seguro, a incluir segregação, acondicionamento, armazenamento e transporte,

visando a proteção dos trabalhadores, dos recursos naturais e do meio ambiente<sup>(5)</sup>. É responsabilidade legal das unidades de saúde gerenciar desde a geração até a disposição final dos RSS, respeitando aos requisitos de saúde pública e ambientais, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 306/2004<sup>(5)</sup> e a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente – Resolução CONAMA no. 358/2005, respectivamente<sup>(6)</sup>.

As considerações apresentadas são bastante relevantes, suscitando reflexões por parte dos profissionais, uma vez que são suscetíveis a contrair doenças advindas de acidentes de trabalho, através de procedimentos que envolvem riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos<sup>(3-4)</sup>. Os profissionais que prestam assistência direta à saúde ou manipulam material biológico no seu cotidiano devem ter conhecimento suficiente acerca das precauções básicas, pois as auxiliam na prática segura, por meio do uso adequado de equipamentos de proteção individual – EPI<sup>(7)</sup>. Completamos que os profissionais de serviços de saúde devem estar integrados nas atividades de gerenciamento de RSS, a destacar a segregação e o acondicionamento como uma ação de todos, para o alcance de objetivo comum. A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e no local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas e biológicas e o acondicionamento corresponde à ação de embalar os resíduos gerados e segregados em sacos ou recipientes resistentes que assegurem ausência de exposição ocupacional através de vazamentos e/ou rupturas<sup>(5)</sup>.

Em face ao exposto questionamos: as precauções básicas de prevenção de infecções e de gerenciamento de resíduos estão sendo seguidas na atenção básica? Para responder a esta inquietação, decidimos pela realização do presente estudo, delimitando a realização da coleta de material para o exame de Papanicolaou como procedimento a ser observado, uma vez que constitui uma das ações prioritárias do Pacto pela Vida e sua execução exige adoção de precauções básicas de prevenção de infecções e gera resíduos infectantes. Assim, o estudo teve por objetivo verificar a adoção de precauções básicas de prevenção de infecções e o gerenciamento de resíduos na coleta de material para o exame de Papanicolaou.

## MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa de campo, na qual a pesquisadora assumiu o papel de observadora e exploradora, estabelecendo contato direto com o fenômeno em estudo. É sobremaneira importante o contato direto do pesquisador com o cenário e os sujeitos da pesquisa, pois favorece a uma melhor percepção do pesquisador com relação a atitudes e expressões dos participantes, o que contribui para uma interação segura e objetiva entre os envolvidos<sup>(8)</sup>.

Realizou-se na rede básica de saúde do município de Maranguape-CE, região metropolitana de Fortaleza. Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2006 nas 21 unidades do Programa Saúde da Família (PSF), participando as 21 (100%) enfermeiras, uma vez que obedeceram aos critérios de inclusão: integrar equipe de PSF do referido município, coletar material para o exame de Papanicolaou e aceitar participar livremente do estudo.

Cada enfermeira teve três coletas citológicas observadas in lócus, totalizando 63 procedimentos acompanhados, estratégia adotada para superar distorções comportamentais ou reatividade manifesta pela presença do observador<sup>(9)</sup>. A observação estruturada direta foi orientada pelo Instrumento de Reconhecimento da Qualidade (IRQ), o qual apresenta, passo a passo, a coleta de material para o exame de Papanicolaou. Através deste, os dados observados foram: lavagem das mãos, uso de luvas e gerenciamento de artigos reutilizáveis e dos resíduos infectantes. O IRQ é parte da “Metodologia de Melhoria da Qualidade (MMQ)”, do Projeto de Qualidade (PROQUALI), desenvolvido em uma parceria da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE) com três agências de cooperação internacional: *Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)*, *Management Sciences for Health (MSH)* e *Center for Communication on Programs (CCP)*, e representa um conjunto de padrões à melhoria da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, na atenção básica<sup>(10)</sup>. Durante a observação estruturada, não houve interferência da pesquisadora no procedimento ou nas condutas adotadas pelas enfermeiras, todavia foram feitas perguntas no sentido de aprofundar detalhes do objeto investigado, o que estava pautado na observação participativa. Os dados advindos da observação estruturada

foram registrados no próprio IRQ em uma das categorias: sim (S); não (N); e não se aplica (NA), sendo esta última marcada quando o procedimento mostrou-se desnecessário. A avaliação final de cada enfermeira foi considerada adequada para as que alcançaram sim (S) ou não se aplica (NA) nas três coletas observadas.

Os dados da observação participativa foram registrados sob a forma de “anotações em campo”, instrumento do registro cotidiano de eventos e diálogos ocorridos de maneira ampla, analítica e interpretativa<sup>(9)</sup>.

Para análise, os resultados foram organizados em tópicos: 1) Caracterização das enfermeiras; 2) formação, acesso a manuais técnicos e conhecimentos para lidar com a coleta citológica; 3) desempenho de enfermeiros na coleta de material para o exame de Papanicolaou, com ênfase nas medidas de biossegurança (este último mostrado em tabela).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos<sup>(11)</sup> e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável, conforme protocolo nº 383/2006.

## RESULTADOS

A faixa etária das enfermeiras participantes do estudo variou de 22 a 55 anos, todas eram do sexo feminino e o tempo de formadas variou de menos de um a 25 anos, com predomínio de nove a 11 anos. O tempo médio de experiência em realização de coleta de material para o exame de Papanicolaou foi de oito anos.

Quatorze (67%) das entrevistadas afirmaram não ter praticado coleta citológica na graduação, 11 (52%) afirmaram nunca ter realizado treinamento após a graduação voltado para a mesma temática e 16 (76%) afirmaram ter acesso a manuais e normas técnicas sobre o assunto. Numa auto-avaliação, 17 (81%) afirmaram ter segurança em realizar a coleta e entre as 4 (19%) que não se sentiram seguras, as dificuldades estavam no manejo do espêculo, na descrição do colo e/ou na preparação do esfregaço, ou seja, não foram manifestadas dificuldades com relação às medidas de prevenção de infecções e de gerenciamento de RSS.

A tabela 1 apresentada a seguir é um consolidado das precauções básicas de prevenção de infecções e de gerenciamento de resíduos observado. Elementos significativos tomados no diário de campo foram mostrados logo abaixo, de maneira a aprofundar os dados da tabela.

**Tabela 1** – Distribuição do número de enfermeiras segundo adoção de precauções básicas de prevenção de infecções na realização da coleta de material para o exame de Papanicolaou e gerenciamento de resíduos. Maranguape-CE. Ago/out 2006

Variáveis (n=21)	Sim		Não	
	N	%	N	%
Lava as mãos com água e sabão ou utiliza solução de álcool 60-90% (etílico, n-propílico ou isopropílico com glicerina a 2%) antes da coleta;	4	19,0	17	81,0
Lava as mãos com água e sabão ou utiliza solução de álcool 60-90% (etílico, n-propílico ou isopropílico com glicerina a 2%) após a coleta;	12	57,0	9	43,0
Usa luvas de procedimento nas duas mãos;	21	100,0	---	---
Despreza artigos reutilizáveis de forma adequada;	---	---	21	100,0
Retira as luvas e outros resíduos contaminados adequadamente.	---	---	21	100,0

Segundo registros do diário de campo, em três unidades de saúde, apesar da existência de lavatórios, esses eram subutilizados por falta de água corrente ou por estarem avariados. O material reutilizável (espêculos e pinças) fora desprezado, em sua maioria, em recipiente plástico impermeável. Todavia, esses recipientes não apresentavam identificação para material contaminado. Parte continha solução clorada, outra parte solução clorada associada a sabão em pó e o restante, nenhum tipo de solução. Em algumas unidades, o mesmo material era desprezado em caixas de papelão revestidas por saco plástico improvisado, sendo encaminhado, posteriormente, para reprocessamento. Artigos de 15 unidades eram autoclavados e/ou submetidos à esterilização pelo calor seco (estufa) na sede do município, pois somente seis unidades de PSF dispunham de equipamentos para esterilização.

Ao término de uma sessão de atendimento em prevenção do câncer cérvico uterino, o material contaminado reutilizável fora transportado para reprocessamento no município sede, porém ficou por dois dias no transporte até ser entregue ao destino final. Outro caso foi o de um recipiente contendo espéculos e pinças Cherron que haviam sido utilizados há três dias e ainda permaneciam na sala de atendimento de uma das unidades.

Resíduos contaminados foram desprezados em saco plástico doméstico, juntamente com o lixo comum, evidenciando a não segregação do lixo gerado nas unidades sanitárias.

## DISCUSSÃO

A coleta de material para o exame de Papanicolaou consiste em passar um espéculo na vagina, após explicar para a mulher o procedimento que será realizado. Este é introduzido fechado, formando um ângulo de 75 graus com o meato uretral. A parede posterior da vagina é pressionada com os dedos indicador e médio a fim de expor o intróito vaginal e evitar traumatismo da uretra. O espéculo é introduzido lentamente e, quando alcança a metade do trajeto realiza-se uma rotação de 15 graus, dando ao espéculo a posição que ocupará no exame, a oferecer uma adequada exposição do colo uterino. Passa-se a esfoliação da superfície externa e interna do colo, introduzindo o braço alongado da espátula de Ayre no canal endocervical, observando para que a parte côncava se aplique na mucosa da ectocérvice, alcançando a junção escamo-colunar (JEC). Quando a JEC não é visualizada é introduzida a escova tipo campos da paz, o que é mais comum nas mulheres menopausadas. A depender das condições do colo uterino, a coleta poderá causar discreto sangramento. O material coletado é disposto em uma lâmina de vidro de extremidade fosca, sendo seguidamente posta em tubo plástico contendo álcool absoluto. É fechado e está pronto para ser encaminhado ao laboratório<sup>(12)</sup>.

A lavagem das mãos é uma das principais medidas de prevenção de infecções, sendo um procedimento que, além de remover a sujeira das mãos, remove a flora microbiana transitória da camada mais superficial da pele, evitando infecção cruzada profissional-paciente. Deverá ser realizada

antes e após contato com o paciente, entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente, sempre que o profissional manusear artigos que possam estar contaminados (espéculo, pinça Cherron, espátula e escova tipo campos da paz, por exemplos), sempre que tocar mucosas, sangue ou outras secreções corporais, e antes e após usar luvas<sup>(13)</sup>.

A porcentagem de enfermeiras que lavaram as mãos antes de realizar a coleta citológica foi extremamente baixa (4-19%) e uma porcentagem maior, ou seja, 12 (57%) tiveram esse cuidado após o procedimento, porém em ambas as ocasiões os percentuais são inaceitáveis. Estudo realizado desperta para o fato de que grande parte dos profissionais de enfermagem não se preocupam ou não se lembram da necessidade de lavar as mãos<sup>(14)</sup>. Fato que chama atenção foi mostrado em pesquisa que relata que os enfermeiros sequer reconheceram a lavagem das mãos enquanto medida de prevenção contra infecções<sup>(15)</sup>.

Embora a eficácia das luvas na prevenção da contaminação das mãos dos trabalhadores de saúde tenha sido repetidamente confirmada<sup>(16)</sup>, usá-las não elimina a necessidade de lavar as mãos. Mesmo as luvas cirúrgicas de látex da melhor qualidade podem ter pequenos defeitos invisíveis; as luvas podem rasgar-se durante a utilização e as mãos podem ser contaminadas quando se tiram as luvas.

Na falta de lavatório funcionando com água corrente e mesmo como alternativa para a higienização das mãos, a opção mais aconselhável é o uso de gel alcoólico, fato não observado no universo estudado<sup>(17)</sup>. A anti-sepsia das mãos com álcool vem sendo adotada em países europeus, ganhando importância crescente. Os Estados Unidos, apesar de não possuírem tradição nessa prática, vêm se rendendo aos estudos que comprovam a eficácia dessa alternativa. No Brasil, já é amplamente utilizado como desinfetante, mas pouco disseminado em substituição a lavagem das mãos<sup>(18)</sup>.

O álcool etílico e o isopropílico possuem atividade contra bactérias na forma vegetativa, vírus envelopados (por exemplo: vírus causadores da influenza, das hepatites B e C e da aids), micobactérias e fungos. Não apresentam ação contra esporos e vírus não-envelopados (por exemplo: vírus da hepatite A e Rinovírus), caracterizando-se como a única substância que tem ação desinfetante e anti-séptica, porém sem propriedade esterilizante. Em geral, o álcool isopropílico é considerado mais eficaz contra bacté-

rias, enquanto o álcool etílico é mais potente contra vírus. Enfim, o álcool é uma opção recomendada por possuir características microbidas que abrangem os microorganismos mais freqüentes, além de possuir fácil aplicabilidade, custo acessível e baixa toxicidade<sup>(18)</sup>.

A escolha do tipo de luva (cirúrgica, de procedimento ou de exame, e de serviços) para uma tarefa deve ser embasada no risco de exposição do profissional ao sangue ou a fluidos corporais potencialmente infectados, pela duração do procedimento e pela possibilidade de alergia ao látex. Em se tratando da coleta de material para o exame de Papanicolaou, a luva de escolha é a luva de procedimento de látex. Luvas de procedimento em vinil são as mais baratas, sendo aceitas para tarefas de curta duração, de baixo risco de exposição e que provocam esforço mínimo no material das luvas. Tem ajuste frouxo (como um saco plástico), elasticidade limitada e rasgam-se facilmente, devendo ser a última opção para o procedimento em discussão, e quando assim o fizer que seja em envelopamento duplo. Luvas cirúrgicas devem ser evitadas nesse tipo de procedimento, pois o custo é de 25 a 30% maior do que as luvas de procedimento de látex<sup>(19)</sup>.

Foi bastante relevante constatar que 100% das enfermeiras dispunham de luvas de procedimento de látex e as utilizavam nas duas mãos, durante a coleta. Os profissionais deverão utilizar luvas antes de entrar em contato com sangue e com líquidos corporais de qualquer cliente. Deve ser utilizado um novo par de luvas para cada cliente, com a finalidade de evitar a contaminação cruzada, ou seja, contaminação de um cliente a outro, do profissional de saúde para o cliente ou vice-versa<sup>(17)</sup>.

Concluída a coleta de material para o exame de Papanicolaou, o espéculo é retirado e em sendo descartável deve ser desprezado juntamente com a pinça Cherron em saco plástico tipo M branco leitoso, amparado por recipiente impermeável. Em sendo usado o espéculo e a pinça Cherron de material reutilizável, estes devem ser desprezados em recipiente impermeável e em seguida reprocessados (lavado/escovado com água e sabão, seco, acondicionado e submetido à esterilização). Autores defendem que o material a ser reprocessado deve ser descontaminado no próprio local de uso, com o propósito de prevenir acidente, como a contaminação profissional envolvendo funcionários responsáveis

pelo transporte e/ou lavagem e escovação. Para a descontaminação pode ser utilizada a solução de hipoclorito de sódio a 0,5%, por exemplo. A desvantagem dessa solução está na necessidade de controlar o tempo de exposição (10 minutos), sob pena de o material sofrer corrosão; e os benefícios estão no baixo custo e na eficácia em eliminar o HIV, o vírus da hepatite B e o vírus da hepatite C, principais agentes relacionados aos acidentes com materiais contaminados por fluidos corporais. O risco médio de se adquirir o HIV é de, aproximadamente 0,3% após exposição percutânea, e de 0,09% após exposição mucocutânea.

A transmissão ocupacional de hepatite B (HBV) após acidente percutâneo é de 40% no caso do paciente-fonte apresentar sorologia HbsAg reativa. Para o vírus da hepatite C (HCV), o risco médio é de 1,8%, podendo variar de 1 a 10%<sup>(7)</sup>. O panorama mundial dos casos de infecção pelo HIV adquiridos em atividades laborais, entre profissionais de saúde (dados de 1997) era de 264 casos, sendo que 94 deles foram acidentes documentados, com a seguinte distribuição: 55,4% dos casos nos Estados Unidos, 11,7% na França, 5,3% na Itália, 5,3% na Espanha, 4,4% na Austrália, 4,2% na Inglaterra, 3,2% na África do Sul e o restante distribuídos em menor percentual por outros países<sup>(20)</sup>.

No Brasil, até 1999, havia apenas um caso documentado de aquisição de aids ocupacional após um acidente percutâneo em São Paulo. Outros casos foram citados no Rio de Janeiro, em Santa Catarina e em Minas Gerais, mas nenhum destes está oficialmente documentado no Ministério da Saúde. No Instituto de Infectologia Emílio Ribas, referência nacional em infectologia, local onde é feita vigilância sistemática dos acidentes com material biológico, não foi registrada nenhuma conversão para o HIV, porém existem dois casos de conversão para o HCV e três casos para o HBV<sup>(20)</sup>. Outros autores desconsideram a descontaminação, defendendo que artigos contaminados sejam manipulados por profissionais treinados e utilizando os equipamentos de proteção individual necessários, como protetor facial, luvas de serviço, avental plástico e sapatos fechados e impermeáveis, podendo, portanto, serem desprezados em recipientes impermeáveis, identificados como material contaminado<sup>(17)</sup>.

Observou-se nas unidades estudadas que a tentativa de realizar a descontaminação in lócus era negligencia-

da, quando recipientes com instrumentos eram deixados nos consultórios por até três dias, o que causa danos aos instrumentos. O fluxo de envio de material para o sistema centralizado de processamento na sede do município (o que é aceitável e recomendável) mostrou-se prejudicado, uma vez que, em algumas ocasiões, faltou material para as equipes realizarem a coleta citológica segundo o diário de campo. Ademais, materiais contaminados por vários dias sem lavagem se desgastam e tornam a limpeza mais difícil.

O gerenciamento dos resíduos reutilizáveis e dos resíduos descartáveis contaminados foi considerado inadequado em 100% das situações observadas, denotando a ausência de uma política nesse município.

Devido à heterogeneidade dos resíduos gerados pelos serviços de saúde, o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) classificou-os em quatro grupos: A, B, C e D. Enquadram-se no grupo A os que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos, correspondendo aos materiais que tenham entrado em contato com secreções e líquidos orgânicos, materiais perfurantes ou cortantes. No grupo B, encontram-se os resíduos químicos; no grupo C, os rejeitos radioativos; e no grupo D, os resíduos comuns<sup>(6)</sup>. Na coleta de material para o exame de Papanicolaou são produzidos resíduos dos grupos A (instrumentos, espátulas, escovinhas, luvas e algodão contendo secreções e líquidos orgânicos); e do grupo D (papéis que envolvem instrumentos, luvas e outros).

A segregação do lixo deve ser implantada nas unidades estudadas para reduzir a geração de lixo infeccioso, já que representa uma ameaça para o meio ambiente e implica em custos elevados. Saco plástico tipo branco leitoso, conforme recomenda a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para o acondicionamento dos materiais contendo fluidos corporais não estão sendo disponibilizados<sup>(5)</sup>. Desta forma, ameaças de infecções aos trabalhadores e ao meio ambiente se intensificam.

A responsabilidade pela geração de resíduos de serviços de saúde, conforme a RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004 da ANVISA, é dos serviços de saúde, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até o seu destino final<sup>(5)</sup>. No município em estudo, não é realizada a gestão do lixo infeccioso conforme a referida

RDC, sendo feita, portanto, de maneira inadequada e muitas vezes improvisada.

## CONCLUSÃO

A lavagem das mãos não foi um procedimento habitual das enfermeiras estudadas, durante a coleta de material para o exame de Papanicolaou e, em determinadas unidades, o fato se agravou pela insuficiência de abastecimento de água e pela falta de manutenção dos lavatórios, principalmente nas unidades de zona rural. Sugerimos que esta precaução básica de prevenção de infecção seja adotada com maior rigor nessas unidades, sendo necessário o envolvimento de gestores, profissionais e usuários. É preciso comprometimento do gestor municipal para prover as equipes de PSF lavatórios funcionando e/ou solução de álcool glicerinado, para esta finalidade, visto ser eficaz, de fácil aplicabilidade, custo acessível e baixa toxicidade. Aos profissionais cabe uma auto-avaliação crítica no sentido de adotar uma prática de qualidade junto a clientela, inclusive informando esta sobre seus direitos, destacando-se, particularmente, o direito de ser atendido com segurança. E aos usuários cabe o exercício de exigir e fazer acontecer esse direito, ou seja, que o profissional de saúde lave as mãos sempre que necessário para garantir a sua proteção.

O uso de luvas de procedimento de látex deve ser mantido, tanto como hábito dos profissionais, quanto como insumo a ser oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde, o que é elogiável e digno de ser seguido por outros municípios.

O gerenciamento de artigos reutilizáveis contaminados (espéculos e pinças Cherron) e de resíduos infectantes deve ser tomado como uma ação importante pelo gestor municipal da saúde, ao que recomendamos que seja constituída uma equipe local para coordenar a gestão dos resíduos dos serviços de saúde, a seguir as recomendações da RDC 306/2004 da ANVISA e a Resolução CONAMA 358/2005.

Reconhecemos as limitações deste estudo em ter explorado um único procedimento, bem como só ter abordado a lavagem das mãos e o uso de luvas como precauções básicas e o descarte de artigos reutilizáveis contaminados e resíduos infectantes no gerenciamento de resíduos. Nesse sentido recomendamos que estudos futuros sejam realizados, de maneira

a explorar outras atividades da atenção básica a contemplar uma avaliação mais ampla da adoção das precauções básicas de prevenção de infecções e o gerenciamento de resíduos.

## REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control (CDC). Recommendations for preventing transmission of infection with human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in the workplace. *MMWR*. 1985; 34(45):681-6.
- Lynch P, Jackson MM, Cummings MJ, Stamm WE. Rethinking the role of isolation practices in the prevention of nosocomial infections. *Ann Intern Med*. 1987; 107(2):243-6.
- Patterson JE, Vecchio J, Pantelick EL, Farrel P, Mazon D, Zervos MJ et al. Association of contaminated gloves with transmission of *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratus* in an intensive care unit. *Am J Med*. 1991; 91(5):479-83.
- Garner JS, Hierholzer Junior WJ, Garner JS, McCormick RD, Adams AB, Craven DE et al. Guideline for isolation precautions in hospitals: Part I. Evolution of isolation practices. *Am J Infect Control*. 1996; 24(1):24-31.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 306 de 7 de setembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2004.
- Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. [Internet]. 2005 [citado 2007 Jul 16]. Disponível em: [http://www.esa.ensino.eb.br/meioambiente/arquivos/CONAMA\\_RES\\_CONS\\_2005\\_358\\_residuo\\_hospitalar.pdf](http://www.esa.ensino.eb.br/meioambiente/arquivos/CONAMA_RES_CONS_2005_358_residuo_hospitalar.pdf).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- Barros AJS, Lehfeld NAS. Fundamentos da metodologia científica: um guia para a iniciação científica. 2ª ed. São Paulo: Person Makron Books; 2000.
- Polit DE, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde: instrumento de avaliação e supervisão. Fortaleza: SESA; 2002.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Diógenes MAR, Rezende MDS, Passos NMG. Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica – aspectos éticos e legais da profissão. Fortaleza: Pouchain Ramos; 2001.
- Santos AAM. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. *Rev Adm Saúde*. 2002; 4(15):10-4.
- Dias FLA, Pinheiro PNC, Barroso MGT. Perfil dos profissionais de enfermagem que se acidentam com materiais perfuro-cortantes no seu ambiente de trabalho. *Rev Rene*. 2006; 7(3):9-14.
- Feitosa MA, Vasconcelos SG, Barroso LMM, Galvão MTG. Medidas de biossegurança em tempos de AIDS. *Rev Rene*. 2005; 6(1):37-43.
- Davis MS. Choices of effective personal protective equipment, in *Advanced Precautions for Today's OR: the operating room professional's handbook for the prevention of sharps injuries and bloodborne exposures*. 2<sup>nd</sup> ed. Atlanta: Sweinbinder; 2001.
- Tietjen L, Bossemeyer D, Mcintosh N. Prevenção de infecções: diretrizes para unidades de saúde com recursos limitados. Baltimore: Jhpiego; 2005.
- Santos AAM, Verotti MP, Sanmartin JA, Mesiano ERAB. Importância do álcool no controle de infecções em serviços de saúde. *Rev Adm Saúde*. 2002; 4(16):7-14.
- Ippolito G, Puro V, Heptonstall J, Jagger J, De Carli G, Petrosillo N. Occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers: worldwide cases through september 1997. *Clin Infect Dis*. 1999; 28:365-83.
- Ramalho MO. Acidentes com material biológico: É preciso assumir atendimento aos profissionais. *Controle de Infecção*, São Paulo, nº 51.

RECEBIDO: 02/12/2008

ACEITO: 26/08/2009

## MÃES COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL NO LOCAL DE TRABALHO<sup>1</sup>

*EXCLUSIVE BREASTFEEDING MOTHERS MAKING USE OF A DAY CARE CENTER AT THE WORK PLACE*

*MADRES CON AMAMANTAMIENTO MATERNO EXCLUSIVO EN CENTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL EN EL LOCAL DE TRABAJO*

BÁRBARA DE ANDRADE ALVES<sup>2</sup>

JULIANA CURSI<sup>3</sup>

MARILUCI PEREIRA DE CAMARGO LABEGALINI<sup>4</sup>

IEDA HARUMI HIGARASHI<sup>5</sup>

LUCIANA OLGA BERGINI<sup>6</sup>

*O objetivo deste estudo foi compreender os fatores relacionados à duração do aleitamento materno exclusivo entre mães que se utilizam de Centro de Educação Infantil em seu local de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no Centro de Educação Infantil da Universidade Estadual de Maringá. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2008 por meio de entrevistas com 21 servidoras usuárias do referido Centro de Educação Infantil. A análise dos depoimentos das participantes, segundo Minayo, possibilitou a identificação dos seguintes temas: Pré-natal e amamentação; Aleitamento materno: início, apoio e influências e Perspectiva de volta ao trabalho, do ingresso do bebê no Centro de Educação Infantil e aleitamento materno exclusivo. O estudo evidenciou a necessidade de realização de medidas educativas e institucionais no sentido de criar condições objetivas para que as servidoras usuárias do Centro de Educação Infantil amamentem exclusivamente seus filhos até os seis meses.*

**DESCRITORES:** Creches; Aleitamento materno; Saúde da criança; Saúde da mulher; Promoção da saúde.

*The aim of this study was to understand the factors related to the duration of exclusive breastfeeding among mothers who can make use of a Day Care Center in their work place. It is a qualitative research, accomplished in the Day Care Center of the Maringá State University. The data were collected from May to August 2008, through interviews with 21 staff members, users of the Center. The analysis of the participants' statements, according to Minayo, made possible the identification of the following themes: Prenatal and breastfeeding; Breastfeeding: beginning, support and influences, Perspectives on going back to work, the baby's admission to the Day Care Center and exclusive breastfeeding. The study evidenced the need of accomplishing educational and institutional measures in the sense of creating objective conditions so that the workers would breastfeed their children exclusively up to their six months of age and, at the same time, make use of the Day Care Center.*

**DESCRIPTORS:** Child day care centers; Breast feeding; Child health; Women's health; Health promotion.

*El objetivo de este estudio fue englobar los factores relacionados a la duración del amamantamiento materno exclusivo entre madres que utilizan el Centro de Educación Infantil en su local de trabajo. Se trata de una investigación cualitativa, realizada en el Centro de Educación Infantil de la Universidad Estadual de Maringá. Los datos se obtuvieron en el período de mayo a agosto de 2008 a través de entrevistas con 21 servidoras usuarias del referido Centro de Educación Infantil. El análisis de las declaraciones de las participantes, según Minayo, posibilitó la identificación de los siguientes temas: Prenatal y amamantamiento; Amamantamiento materno: inicio, apoyo e influencias y Perspectiva de vuelta al trabajo, del ingreso del bebé en el Centro de Educación Infantil y amamantamiento materno exclusivo. El estudio evidenció la necesidad de realización de medidas educativas e institucionales con el fin de crear condiciones objetivas para que las servidoras usuarias del Centro de Educación Infantil amamenten exclusivamente a sus hijos hasta los seis meses.*

**DESCRIPTORES:** Jardines infantiles; Lactancia materna; Salud del niño; Salud de la mujer; Promoción de la salud.

1 Artigo originado de Projeto de Iniciação Científica (PIC) da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

2 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UEM. Participante do PIC/Brasil. E-mail: barbaramiga@hotmail.com

3 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UEM. Participante do PIC/Brasil. E-mail: juliana\_cursi@yahoo.com.br

4 Enfermeira do Hospital Universitário de Maringá/UEM e do Centro de Educação Infantil "Pertinho da Mamãe"/UEM/Brasil. Especialista. E-mail: mcplabegalini@uem.br

5 Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da UEM/Brasil. E-mail: ieda1618@gmail.com

6 Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da UEM. Orientadora do PIC. Avenida Colombo nº 5790 Bloco 1 Sala 8 CEP: 87-020-900 – Maringá – Paraná/Brasil. E-mail: lobercini@uem.br

## INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento que atende a todas as necessidades nutricionais do bebê até os seis meses de vida, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos primeiros seis meses de forma exclusiva e complementada até os dois anos ou mais<sup>(1)</sup>.

A introdução de alimentos complementares diminui a duração do aleitamento materno (AM), principalmente se esta introdução ocorrer precocemente. A introdução de alimentos sólidos desencadeia a necessidade de adaptação da criança no que se refere à nova textura e à sua forma de administração. No caso do leite não materno, por sua vez, a oferta é realizada por meio do uso de mamadeiras, facilitando o seu consumo, o que leva a uma redução mais rápida da amamentação, quando comparada com a introdução de sólidos<sup>(2)</sup>.

Apesar da importância do AM para a criança, a mãe, a família e a sociedade, as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses<sup>(3-5)</sup>, que, segundo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada no país, encontra-se em 41% no conjunto das capitais brasileiras e distrito federal. O comportamento desse indicador é bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá, MT a 56,1% em Belém, PA<sup>(6)</sup>.

Dentre os fatores determinantes do desmame precoce destacam-se o baixo nível educacional e socioeconômico materno, a maternidade precoce, a paridade, a atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal e o trabalho fora do lar. No entanto, outros fatores tais como o apoio familiar, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pelo AM<sup>(7)</sup>.

A licença maternidade tem sido útil e usada pela maioria das trabalhadoras para amamentar, mas há outros condicionantes que são fundamentais para que a manutenção da lactação seja facilitada, tais como aqueles que permitem a proximidade mãe-criança e/ou a retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho<sup>(8)</sup>. Amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e a toda criança, inclusive quando a mulher tem um trabalho remunerado<sup>(9)</sup>.

As mulheres brasileiras empregadas no mercado formal de trabalho possuem quatro meses de licença maternidade remunerada e, ao retornarem ao serviço, têm direito a dois intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho para amamentar o bebê, até ele completar seis meses. As empresas que empregam pelo menos 30 mulheres devem possuir local adequado para o cuidado dos filhos das funcionárias durante o período de amamentação, dentro da própria empresa ou mediante convênio com instituições apropriadas<sup>(10)</sup>.

Em 2008, foi sancionada a Lei 11.770, que estabelece a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei<sup>(11)</sup>.

O Centro de Educação Infantil (CEI) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), denominado "Pertinho da Mamãe" foi criado em 04 de dezembro de 1985, atendendo ao artigo 389 parágrafo 1º da CLT, visando proporcionar o acolhimento e a assistência aos filhos (as) de servidoras da UEM, durante sua jornada de trabalho, além de proporcionar meios de manter o vínculo mãe-filho, sendo permitido à mesma que amamente o seu filho em horários regulares. A lei de ampliação da licença maternidade até os seis meses está em processo de regulamentação no estado não estando, ainda, em vigor na instituição de estudo.

O cuidado da criança no CEI exige a experiência de profissionais preparados, cuidando da saúde, alimentação, higiene e necessidades básicas do bebê, aliado a um amplo trabalho de estimulação das suas habilidades psicomotoras. Para atender esta finalidade, o CEI conta com uma equipe formada por pedagogo, educadoras infantis, pediatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, entre outros, comprometidos com a proposta educacional da unidade.

Uma questão ainda presente atualmente, diz respeito à clareza acerca do conceito e da missão específica das creches, que oscilou de puramente assistencialista em sua origem, à concepção de cunho educativo dos dias de hoje. Assim sendo, deve-se considerar o cuidado e a educação como pilares intrinsecamente ligados na atenção à criança no CEI<sup>(12)</sup>. Neste sentido, é que estão inseridas as equipes multiprofissionais nos CEI, procurando contem-

plar as várias áreas de atenção às crianças usuárias destes serviços<sup>(13)</sup>.

Em abril de 2006, teve início o Projeto de Extensão “Assistência de Enfermagem na Creche Pertinho da Mamãe da UEM”, com o objetivo de contribuir para a assistência integral à saúde da criança usuária deste CEI. No decorrer do acompanhamento deste projeto percebe-se que algumas mães, ao retornarem a sua atividade laboral não estão mais praticando o AME ou continuam amamentando por um pequeno tempo após o ingresso da criança no CEI.

Deste modo, a questão norteadora deste estudo é assim definida: quais os fatores que podem estar contribuindo para a interrupção do AME das crianças ingressantes no CEI?

Baseado no exposto, o presente estudo teve como objetivo conhecer os fatores relacionados à duração do aleitamento materno exclusivo entre mães com Centro de Educação Infantil no seu local de trabalho.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no CEI “Pertinho da Mamãe” da UEM. Este serviço está situado dentro do campus sede da UEM e atende aos filhos de servidoras da universidade quando do retorno da licença maternidade, num total de 100 crianças, com idade compreendida de dois meses a quatro anos, divididas, de acordo com a faixa etária e o desenvolvimento do bebê, em sete salas: Estimulação I (sete bebês), Estimulação II (10 bebês), Estimulação III (12 crianças) e Estimulação IV (14 crianças), Maternal I (15 crianças), Maternal II (20 crianças) e Maternal IIA (22 crianças).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com mães das crianças pertencentes às salas: Estimulação I, que atende os bebês ingressantes no CEI até a idade aproximada de 10 meses, da Estimulação II, que inclui os bebês com idade aproximada entre 11 e 14 meses e da Estimulação III, que compreende as crianças com 15 a 18 meses de vida. Assim sendo, foram realizadas 21 entrevistas, com o auxílio de gravador, no período de maio a agosto de 2008, tendo sido este número determinado pela saturação das respostas.

Para tanto, utilizou-se um roteiro básico semi-estruturado, aplicado de forma individual em sala do próprio CEI ou no ambiente de trabalho da mãe, após agendamento com a mesma. Este roteiro compreendia questões sobre a mãe (idade, escolaridade, profissão, situação conjugal, intercorrências na gestação e número de filhos), a criança (idade, tipo de parto, idade gestacional e peso ao nascer), informações do pré-natal, sobre a amamentação e da volta ao trabalho da mãe.

Após a gravação, as entrevistas foram transcritas integralmente, sendo os discursos submetidos à análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem um discurso, cuja presença ou frequência tenham um significado para o objetivo do estudo. Operacionalmente, a análise temática compreende as etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos<sup>(14)</sup>.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM, sendo aprovado conforme Parecer nº 124/2008 e as entrevistas foram realizadas após a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mães.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro 1 estão apresentadas as principais características do grupo estudado. Destaca-se que as participantes possuíam idade entre 25 e 41 anos, com maioria (14) entre 25 e 35 anos. No que se refere à situação conjugal, dezoito eram casadas e apenas duas separadas. Em relação à escolaridade, três cursavam o ensino superior e as outras dezoito já o haviam completado.

Todas as mães realizaram pré-natal, quatro em clínicas particulares e o restante mediante utilização de rede privada, por possuírem plano de saúde. O número de consultas variou de sete a treze. Dezesesseis mães não apresentaram intercorrências na gestação, tais como trabalho de parto prematuro, bronquite e descolamento prévio da placenta. Em relação ao número de filhos, dez mães possuíam um único filho, nove tinham dois filhos e duas possuíam três filhos, sendo que em um destes casos, dois eram adotados. Quanto ao tipo de parto, apenas uma criança nasceu de parto normal, o restante de parto cesariana. Todas as

crianças apresentaram peso adequado ao nascer ( $\geq 2500$  gramas).

**Quadro 1** – Caracterização das participantes segundo idade, situação conjugal, escolaridade, profissão, número de filhos, idade do bebê e tipo de aleitamento, CEI Pertinho da Mamãe/UEM, Maringá, PR, 2008.

Nº	Idade (anos)	Situação conjugal	Escolaridade	Profissão	Nº filhos	Idade do bebê ao ingressar no CEI (meses)	Tipo de aleitamento ao ingressar no CEI
E1	34	casada	Sup. incom.	Téc. de enf.	2	4	AM + AC
E2	34	casada	Superior	Docente	1	4	AME
E3	31	casada	Superior	Técnica adm.	1	4	AA
E4	29	casada	Superior	Docente	1	2	AM + AC
E5	34	separada	Superior	Enfermeira	2	9	AM + AC
E6	31	separada	Superior	Enfermeira	1	5	AA
E7	35	casada	Superior	Técnica adm.	2	5	AM + AC
E8	25	casada	Superior	Técnica adm.	1	5	AME
E9	36	casada	Superior	Dentista	1	7	AM + AC
E10	41	casada	Superior	Docente	3	4	AA
E11	29	casada	Superior	Bióloga	1	9	AM + AC
E12	38	casada	Superior	Bióloga	1	8	AM + AC
E13	40	casada	Superior	Técnica adm.	2	5	AME
E14	30	casada	Superior	Docente	2	4	AME
E15	35	casada	Sup. incom.	Aux. de enf.	2	4	AME
E16	32	casada	Superior	Farmacêutica	3	4	AM + AC
E17	33	casada	Sup. incom.	Téc. de enf.	1	4	AME
E18	38	casada	Superior	Téc. de enf.	2	3	AM + AC
E19	38	casada	Superior	Enfermeira	1	8	AM + AC
E20	34	casada	Superior	Técnica adm.	2	4	AME
E21	37	casada	Superior	Educadora	2	8	AM + AC

AM + AC: Aleitamento materno e alimentação complementar, isto é, leite materno, frutas, sucos e papas salgadas.

AME: Aleitamento materno exclusivo

AA: Alimentação artificial, isto é, sem aleitamento materno, com uso de outro tipo de leite.

Em relação à idade da criança ao ingressar no CEI, percebeu-se que não houve uma uniformidade nesta variável, uma vez que muitas mães, depois da licença maternidade de quatro meses, optaram por gozar férias e/ou usufruir da licença especial (uma licença de três meses que o funcionário público da instituição tem direito a gozar a cada cinco anos de trabalho), como ocorreu com dez participantes. Em dois casos, as crianças ingressaram no CEI antes dos quatro meses de idade e em nove, aos quatro meses de idade, ou seja, logo após o término da licença maternidade.

A idade da criança ao entrar no CEI influenciou o tipo de aleitamento da criança, assim, onze recebiam alimentação complementar, isto é, além do leite materno, recebiam sucos, frutas e papa salgada, sendo que destas, seis tinham entre sete e nove meses quando do ingresso no CEI; sete estavam em AME e possuíam entre quatro e cinco meses ao ingressarem no CEI e três estavam em alimentação artificial.

Levando em consideração estas características do grupo estudado, realizou-se a análise temática dos depoimentos das participantes, que possibilitou a identificação dos seguintes temas: Pré-natal e amamentação; Aleitamento materno: início, apoio e influências e Perspectiva de volta ao trabalho, do ingresso do bebê no CEI e AME.

### Pré-natal e amamentação

Durante o pré-natal existe uma alta prevalência de oportunidades perdidas nas orientações acerca dos cuidados com as mamas e dos benefícios do AME, o que pode ser observado no puerpério face às dificuldades no manejo da amamentação<sup>(15)</sup>.

Tal fato pode ser evidenciado no presente estudo, posto que, das 21 participantes, somente seis referiram ter recebido orientações sobre AM no pré-natal, ressaltando que todas realizaram um número adequado ou até superior de consultas de pré-natal, de acordo com o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, que é o de seis consultas ao longo da gestação<sup>(16)</sup>. Se reforça ainda que nenhuma participante realizou o pré-natal na rede pública de saúde, uma vez que a instituição de trabalho possui convênio de saúde: *Nenbuma* [orientação no pré-natal], *nem quando eu ganhei ele* [bebê] *no hospital, nada, nem posição como ele mamar, nada disso* (E4).

Em estudo realizado em Maringá, PR, também foi verificada a deficiência de orientações sobre AM no pré-natal da rede privada de saúde, evidenciando que, das 12 puérperas entrevistadas, oito não haviam recebido estas orientações<sup>(17)</sup>. Resultado semelhante foi observado em

pesquisa executada no mesmo município, também na rede privada de saúde, em que, das 12 participantes, apenas duas haviam recebido orientações sobre amamentação no pré-natal<sup>(18)</sup>.

A educação e o preparo das gestantes para a amamentação, durante o período pré-natal, comprovadamente contribuiu para o sucesso do AM, principalmente entre as primíparas. Assim, informações sobre os benefícios da amamentação e a orientação quanto à técnica de AM devem fazer parte da assistência pré-natal para aumentar a habilidade e confiança da mulher para amamentar<sup>(3)</sup>.

No município de Maringá várias ações são desenvolvidas em prol da amamentação: Comitê de Aleitamento Materno (COAMAR), Banco de Leite Humano (BLH), Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Iniciativa Unida de Básica Amiga da Amamentação (IUBAM), Semana Maringense de Aleitamento Materno, entre outras, que têm como objetivos a promoção, incentivo, proteção e apoio à amamentação. Estas ações são desenvolvidas de forma mais intensa com a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), não atingindo, portanto, de forma plena, o grupo de mães deste estudo.

Indagadas, então, em relação ao local onde obtiveram informações sobre o assunto, as mães referiram em primeiro lugar os livros, revistas e folders sobre o tema, seguido da busca na internet, participação em cursos e palestras, orientações recebidas pela equipe de saúde da maternidade, dos médicos e equipe de saúde do CEI: *Eu procurava me informar em livros, internet, mas contato pessoal, orientação pessoal com algum profissional não* (E3).

As informações que as participantes buscaram ou receberam enfocavam principalmente a importância do leite materno para a saúde do bebê, a prevenção de fissuras, as vantagens do AM e a posição correta para amamentar: *As orientações é que era o alimento mais saudável para a criança até os seis meses, necessário principalmente para não ter nenhuma doença. O leite era o remédio necessário para todas as crianças... Não só como alimentação, mas como proteção também* (E15).

Pelos discursos analisados, a relação entre o ato de amamentar e a prevenção de doenças foi muito evidente. Já no que tange às informações referentes aos benefícios do AM à saúde da própria mulher e a importância da ama-

mentação para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, não houve citação, apesar de serem também muito importantes neste processo. Isto pode estar associado à escassez de conteúdo sobre AM trabalhados no pré-natal recebido pelo grupo estudado.

Questionadas sobre suas expectativas durante a gestação em relação ao AM, somente uma mãe referiu que não tinha expectativas à época, muito em função de problemas de saúde que estava enfrentando (crises de bronquite). As vinte mães restantes desejavam amamentar seu filho e expressaram sentimentos que iam desde a ansiedade, medo e insegurança em saber se de fato conseguiriam amamentar, até a certeza de que conseguiriam por já terem experienciado o aleitamento bem sucedido com filhos anteriores: *Eu sou naturalmente uma pessoa muito ansiosa e tinha medo de não conseguir amamentar, de não ter leite, porque a vontade era muita* (E3).

Estudo revelou que parece haver uma forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar seu filho e a duração da amamentação. Além disso, o fato da mãe, muitas vezes, falhar na amamentação, apesar de um forte desejo de efetivá-la, pode ser devido à falta de acesso à orientação e ao apoio adequado de profissionais ou de pessoas mais experientes dentro ou fora de sua família<sup>(7)</sup>.

Este desejo de amamentar, vivenciado na gestação, infelizmente não foi efetivamente explorado pelo profissional de saúde que realizou a assistência pré-natal. Isso pode ser atribuído a vários fatores, mas a ausência de uma equipe multiprofissional na atenção pré-natal das participantes certamente constituiu-se num fator importante. Cabe ressaltar que, o pré-natal é um momento extremamente propício à transmissão de orientações sobre amamentação, já que as mulheres estão motivadas para receber tais orientações.

No que se refere à expectativa das participantes, durante a gestação, em relação ao tempo de duração do AME, ficou evidenciado que elas não se preocupavam se este aleitamento seria exclusivo ou não. O importante, na concepção destas mães, era amamentar o bebê, já que tal opção estava relacionada aos benefícios que o leite materno traria à criança. Assim, durante a realização da entrevista, tornava-se necessário enfatizar a pergunta em torno do conceito de AME.

Desta maneira, e após uma abordagem mais contextualizada desta questão, cinco participantes referiram ter desejado amamentar exclusivamente seus filhos por quatro meses. Este aprazamento era fixado, segundo estas mães, pelo término da licença maternidade e a necessidade de retorno ao trabalho, revelando desta forma, um desconhecimento das participantes acerca das formas para manter o AME mesmo com o reinício da atividade laboral. Três participantes referiram um período desejável de amamentação de cinco meses e nove relataram o período de seis meses. As quatro restantes referiram que desejariam amamentar por um período de um a dois anos, porém não especificaram qual seria a duração do AME. Estas respostas revelaram a existência de dúvidas quanto à duração recomendada para o AME, isto é, as mães desejavam amamentar os seus bebês, porém não reconheciam a importância de amamentá-los exclusivamente.

Em estudo realizado com mães trabalhadoras em Campinas, foram encontrados resultados semelhantes, assim descritos “desde a gestação, essas mulheres consideravam que o relevante era amamentar pelo maior tempo possível, mas não necessariamente de forma exclusiva”<sup>(10:175)</sup>.

A insuficiência de orientações recebidas sobre AM no pré-natal revela que esforços devem ser feitos no sentido de reverter este quadro. Outros estudos realizados no município também apontam nesta direção<sup>(17-18)</sup>. Entretanto, nos deparamos com várias dificuldades em relação a isso, tendo em vista que, sendo um grupo majoritariamente usuário da rede privada de atenção à saúde, acabava por se privar do acesso às várias ações realizadas pelo SUS no município voltadas ao AM. Uma ação que pode ser empreendida no sentido de reverter esta lacuna é a ampliação/intensificação das orientações sobre AM nas maternidades, de tal modo a resgatar e/ou suprir a falta de tais orientações no pré-natal.

### **Aleitamento materno: início, apoio e influências**

O início da amamentação é muito importante e o manejo inadequado do aleitamento materno neste momento pode constituir-se em fator desencadeador do desmame. Treze participantes do estudo referiram um início de ama-

mentação fácil e tranquilo, levando-se em conta que destas participantes, dez já possuíam experiência anterior com AM: *Foi tranquilo [o início do AM], foi gostoso, foi prazeroso, não tive intercorrência, eu estava preparada* (E5). *O início foi ótimo, tranquilo, eu consegui fazer a primeira pega logo depois que ele nasceu ... foi bem tranquilo* (E6). *Normal, sem nenhum problema, nem bico rachado, nada* (E7).

Oito participantes relataram dificuldades, de graus variados, no início da lactação. Contudo, apenas uma não conseguiu amamentar, o que ocasionou grande frustração: *Um transtorno [o início do AM], muito trabalhoso. A primeira dificuldade, aquela natural, a posição, como segurar, meu filho tinha uma sucção muito boa, mas eu era muito nervosa, então tinha dificuldade para o leite descer, tinha dificuldade de encaixar ele certinho* (E3).

Os primeiros quatorze dias após o parto são cruciais para a amamentação ser bem sucedida, pois é neste período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado para o binômio mãe-bebê<sup>(3)</sup>.

Em face do início da amamentação constituir-se em período tão delicado e importante para o estabelecimento do AM, o presente estudo evidenciou a necessidade premente da monitoração cuidadosa por parte da equipe de saúde, seja esta da própria maternidade onde nasceu o bebê, ou das equipes de saúde da família do Programa de Saúde da Família (PSF) do município. Apesar dos sujeitos do estudo não serem usuários da rede pública de atendimento, cabe ressaltar que, praticamente todas as unidades básicas de saúde (UBS) do município já participaram do curso IUBAM e são UBS amigas da amamentação, estando, seus profissionais, capacitados a atender a nutriz no início da lactação. Além disso, o município conta com atendimento individualizado no BLH às nutrizas com problemas na lactação.

Com relação ao apoio à amamentação, a presença constante do marido, da mãe, sogra, irmãs e amigas foram referenciadas como principais fontes de apoio à prática da amamentação referida pelas participantes. A maior parte (16) das entrevistadas referiu ter recebido apoio neste processo, principalmente do pai da criança: *Meu marido ajudou muito, ele sempre assim, me incentivou, por exemplo, o que eu dissesse que eu ia fazer ele apoiava ... então isso foi muito importante por que ele me deixou livre, desde o início da ama-*

mentação, desde antes do bebê nascer ele falava: você vai amamentar (E2). Minha mãe estava comigo, acabou ajudando neste sentido, mas eu não tive dificuldade nenhuma (E4). Minha mãe, meu marido, todo mundo sempre me apoiou, principalmente no começo (E8).

A participação e/ou influência de pessoas significativas para a mulher no processo da amamentação é extremamente importante, podendo interferir de forma positiva e/ou negativa, inclusive numa mesma participante: *Na verdade, tem muitas pessoas que até atrapalham, principalmente avós e tias que sempre acham que o leite não é suficiente. Na parte do pai não, mas muitas pessoas vêm e falam: ah, você tem que dar ché, por que não está sustentando e então teve os dois lados da amamentação, o lado de algumas pessoas incentivando só o leite materno e também o de outras incentivando a dar mamadeira, chés, porque não sustenta* (E15).

Estudo realizado em Porto Alegre, RS, concluiu que “as avós podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na sua duração quanto na sua exclusividade”<sup>(5:147)</sup>. Outros estudos<sup>(4-5,19-20)</sup> demonstraram a importância do apoio da rede social para o sucesso do AM. A nutriz pode se sentir inclinada a aceitar a intervenção de familiares e amigos e toma decisões baseadas nas constantes interações que faz com seu meio relacional<sup>(4)</sup>.

As participantes fizeram considerações ainda, acerca da ajuda profissional recebida da equipe de saúde da maternidade, da equipe do CEI e do BLH do Hospital Universitário de Maringá (HUM): *Quando eu voltei a trabalhar [bebê estava com cinco meses], eu já pensei em introduzir alguma coisa antes com medo dele ficar com fome. Aí eu fui na creche, no período de adaptação, a equipe falou que não [era para introduzir outros alimentos], você continua [com AME] que a gente vai estar te acolhendo e então aí eu continuei só no peito* (E13).

Desta forma, reitera-se a importância da atuação profissional para a promoção, proteção e apoio à amamentação, que depende não apenas de conhecimentos sobre AM, mas também habilidades clínicas de aconselhamento, de tal modo a ajudar a nutriz a tomar decisões de forma empática, sabendo ouvir e aprender, desenvolvendo uma efetiva relação de confiança e apoio. É importante que as mães sintam o interesse dos profissionais de saúde para adquirirem confiança e se sentirem apoiadas<sup>(3)</sup>. Além do apoio profissional e familiar, somam-se as condições do

ambiente laboral da lactante trabalhadora, que podem contribuir de forma importante para a manutenção do AME: *O meu coordenador, ele é muito bacana, eu sempre vou ter isto no meu coração, às vezes eu falava: está na hora de ir dar mamar [no CEI] e ele falava: vai dar o teu mamazinbo e pronto!* (E2).

Contudo, a decisão final para a efetivação do AME depende exclusivamente da mãe, de seu nível de conscientização, informação prévia e desejo de amamentar. Assim, investida deste poder decisório, ao revés das influências e opiniões equivocadas de familiares significativos, ou de profissionais despreparados ao apoio adequado, a amamentação pode ser coroada de êxito: *demorou uns dois dias para começar a descer o leite, tanto que até comentaram: é melhor dar outro leite para o nenê, só que eu não aceitei, falei: não, ele vai ter que mamar* (E14).

Nesse sentido, em estudo desenvolvido em Campinas, SP, foi evidenciado que, não obstante as orientações do pediatra fossem consideradas pelas mães como a palavra de uma autoridade no assunto e, por conseguinte acatadas; tal orientação não ocorria de forma passiva, mas era fruto de um processo de assimilação e posterior incorporação, mediante um julgamento acerca das informações transmitidas (se corretas ou não, segundo a percepção materna)<sup>(10)</sup>.

### **Perspectiva de volta ao trabalho, do ingresso do bebê no CEI e AME**

Para a mãe trabalhadora o retorno ao exercício laboral pode se constituir numa fonte de ansiedade e medo, apesar da lei de proteção à amamentação. Entre as participantes havia uma variedade de horários de trabalho, uma vez que estes dependem do setor de trabalho da mãe e, conseqüentemente, do horário de permanência da criança no CEI. Com base nestas demandas e rotinas de trabalho, cada mãe se organizou de forma a atender suas necessidades de adaptação.

Desta forma, as perspectivas em relação à volta ao trabalho e ao ingresso do bebê no CEI em relação ao AM, variaram bastante: desde uma situação de relativa tranqüilidade, expressada por aquelas mães cujos bebês possuíam mais de seis meses e já recebiam alimentos complementares e por aquelas cujo horário e condições de trabalho

permitiam que viessem amamentar nos intervalos da manhã e da tarde, mantendo o AME até os seis meses, até manifestações de medo, insegurança, preocupação, ansiedade e apreensão: *A princípio eu fiquei bem ansiosa, porém o período de adaptação [do bebê no CEI] foi tirando a minha ansiedade e todo horário necessário que era duas horas, duas horas e meia, eu vinha amamentar. A princípio foi aquela expectativa, mas no período de adaptação passou toda a preocupação mesmo, eu sabia que conforme a necessidade dele eu estaria aqui para amamentar* (E15).

Como já citado anteriormente, todas as participantes tinham o desejo de amamentar seus bebês e, de fato, conseguiram amamentá-los, como exceção de uma mãe que somente conseguiu amamentar seu filho por um período de dez dias, devido à presença de mamilo invertido. Portanto, vinte participantes realizaram AME por um período que variou de um a seis meses, e destas, somente nove o fizeram pelo período recomendado pela OMS, que é de seis meses: *Eu planejei de voltar depois dos sete meses, aí ele já está se alimentando, pelo menos até os seis meses eu consegui amamentar exclusivamente* (E9).

Das sete participantes cujos bebês tinham quatro ou cinco meses quando do ingresso no CEI e que estavam em AME, cinco mantiveram o AME até os seis meses. As duas que não o fizeram, alegaram como causa o retorno ao trabalho e o ingresso do bebê na creche: *Até o 4º mês, porque daí ele viria para a creche e aqui ele começaria com outros tipos de alimentos, mas até o quarto mês foi só leite materno mesmo* (E15).

Oito participantes, cujos bebês ingressaram no CEI com idade entre quatro e cinco meses, já não realizavam AME. Destas, cinco ofereciam leite materno e alimentos complementares (sucos, frutas, fórmula infantil, leite de vaca, papas salgadas) e três, alimentação artificial (fórmula infantil ou leite de vaca).

Muitas são as causas para a introdução precoce de alimentos complementares na dieta da criança. Neste estudo, a principal causa foi a volta ao trabalho da mãe, ao término da licença maternidade, e as dificuldades para conciliar os horários, às vezes especiais, com a amamentação e, além disso, em alguns casos, houve orientação médica para a interrupção do AME, em função do ingresso e frequência do bebê no CEI: *Quando ela estava com quatro meses eu levei no pediatra e comecei a conversar com ela como*

*seria a minha volta, como que eu iria introduzir alimento, ela me explicou certinho como que tinha que fazer: tinha que começar com frutinha com suquinho...* (E8). *A gente tem uma creche na universidade, só que fica distante do hospital universitário, a gente não consegue amamentar num intervalo menor de seis horas, que é o tempo que a gente fica no hospital, então isto dificulta realmente* (E5).

O trabalho materno fora do lar pode ser um obstáculo à amamentação, porém não a impede<sup>(3)</sup>. Estudo realizado em Terezinha, PI, revelou que o trabalho da nutriz foi referido como elemento que dificulta a amamentação, uma vez que as participantes da pesquisa demonstraram uma grande dificuldade em conciliar as suas múltiplas atribuições<sup>(4)</sup>.

Em pesquisa desenvolvida no município de São Paulo, SP, observou-se que mulheres com creche no local de trabalho tendem a manter a amamentação por mais tempo. No entanto, quando essas creches estão localizadas fora do local de trabalho, a distância é referenciada enquanto dificuldade para a manutenção da amamentação, principalmente em se considerando o período exíguo reservado para pausas ou almoço<sup>(8)</sup>.

Neste estudo, algumas participantes encontraram outras formas de seguir com o AME mesmo após o retorno ao trabalho, tais como, a ordenha do leite materno para posterior utilização, saídas durante o expediente (previstas em lei) para amamentar. No entanto, e ainda que legalmente amparadas, estas saídas eram por vezes mal interpretadas pelos chefes: *Eu comecei a trabalhar e não tinha como eu vir dar de mamar, naquele horário não podia sair do serviço, aí eu tirava o leiteinho, congelava e trazia para elas [educadoras] e elas davam* (E17). *Eu comecei [introdução de alimentos] um pouquinho antes dos 6 meses porque já estava ficando complicado para eu descer para a creche e ele podia estar com fome. Eu cheguei lá um dia estressada e daí ele sentiu e não quis mamar, fui me aborrecendo, porque aqui é tudo bem, mas quando não tem outra para ficar no seu lugar eles não querem nem saber, aí eu introduzi um pouco antes* (E13).

Outras causas apontadas pelas participantes para a introdução precoce de alimentos complementares na dieta da criança: foram pega incorreta, fissuras, choro intenso da criança, ingurgitamento mamário, perda de peso do bebê, pouca produção de leite, influência negativa de pes-

soa da família e problemas familiares levando ao estresse da nutriz.

Os fatores determinantes de desmame encontrados neste grupo são semelhantes aos apontados por outros estudos<sup>(3-4,10,20)</sup>. Embora haja uma idéia equivocada por parte de algumas mães, no que tange à introdução de alimentos no CEI por ocasião do ingresso de todos os bebês no referido serviço: *Se bem que quando a criança começa a freqüentar a creche, a partir do quarto mês, já começam a ser oferecidos sucos, esse tipo de coisa* (E3).

Outros depoimentos demonstraram o reconhecimento da importância da equipe do CEI para a manutenção do AME após o ingresso no serviço: *Eu planejei até os quatro meses, que era quando eu tinha que voltar a trabalhar, mas aí por a creche estar junto com a gente, eu acabei amamentando exclusivamente até os seis meses e amamentei até os nove* (E20).

A idéia de que os CEI, rotineiramente, realizam a introdução de alimentos complementares e até, em casos extremos, recomendam à mãe a interrupção do AME quando do ingresso do bebê no CEI, ainda está presente no imaginário de algumas mulheres. No entanto, esta não é a realidade do CEI em questão que, ao contrário, tem pautado sua conduta na priorização da manutenção do AME até os seis meses, com posterior complementação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância já reconhecida do AM na saúde infantil é, sem sombra de dúvida, ainda maior para as crianças usuárias de CEI, devido às propriedades protetoras do leite materno para a saúde do bebê.

O complexo universo sobre AM revelado pelas participantes, longe de ser coeso e unânime, permitiu vislumbrar uma série de realidades diferentes e individualizadas, dependendo da inserção de cada mulher no seu contexto familiar, cultural, social e de trabalho. Assim, apesar das participantes possuírem condições que favoreciam o AM, tais como, facilidades existentes para a continuidade do AME no CEI, elevada escolaridade, apoio do companheiro e inserção em um município que estimula a prática do AM, foi pequeno o número de participantes (nove) que amamentaram exclusivamente seus filhos até os seis meses.

Isto pode estar relacionado à abordagem inadequada da temática e ao conteúdo insuficiente sobre AM no pré-natal, revelado nos discursos por um conhecimento apenas parcial acerca das vantagens da amamentação exclusiva para a saúde do bebê, dos benefícios da amamentação para a saúde da mulher, da importância do AM para o estabelecimento do vínculo mãe-filho e sobre o manejo do AM.

Desta forma, percebe-se a necessidade inegável de ampliação do conteúdo sobre AM na atenção pré-natal, principalmente na rede privada de saúde do município, de tal modo a explorar de forma mais efetiva este momento, por meio de uma abordagem educativa e assistencial, numa fase em que a mulher se mostra bastante receptiva às informações. Associado a isto, faz-se necessário uma intensificação destas orientações nas maternidades, além do apoio à puérpera neste momento.

O retorno da nutriz ao trabalho, aliado em alguns casos, à dificuldade em conciliar o horário de trabalho com a amamentação, à falta de apoio do chefe de setor, às orientações alimentares inadequadas recebidas por estas mães e a concepção, por vezes equivocada, acerca da alimentação oferecida no CEI destacam-se como fatores diretamente relacionados com a duração do AME entre as participantes do estudo.

Como medidas capazes de fomentar o incremento do número de crianças em AME até os seis meses no CEI, faz-se necessário a realização de um trabalho educativo e preventivo com as mães dos bebês que irão ingressar no CEI, para que não haja a interrupção do AME antes dos seis meses. Este trabalho deve visar, também, o incentivo à prática da ordenha do leite materno, para oferta do leite materno nos períodos em que a mãe não possa amamentar seu bebê, por meio da utilização de copinhos pelas educadoras do CEI. Esforços também devem ser empreendidos, no sentido de sensibilizar as chefias da instituição para que, de fato, possibilitem o AME entre as servidoras nutrizas, além de, em alguns casos específicos, disponibilizar um local adequado para a coleta e armazenamento do leite materno enquanto a nutriz estiver trabalhando.

Face ao exposto, conclui-se pela necessidade de medidas educativas e institucionais, em caráter complementar, de tal modo a criar condições objetivas para que as servido-

ras usuárias do CEI e seus bebês possam usufruir de forma plena, todos os benefícios oriundos da prática do AME.

## REFERÊNCIAS

1. Rea ME. O pediatra e a amamentação exclusiva. *J Pediatr.* 2003; 79(6):479-80.
2. Bueno MB, Souza JMP, Paz SMRS, Souza SB, Cheung PPY, Augusto RA. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. *Rev bras de epidemiol.* 2002; 5(2):145-52.
3. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000; 76(3 Supl.):S238-S52.
4. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr.* 2003; 79(5):385-90.
5. Susin LRO, Giuliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Públ.* 2005; 39(2):141-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa\\_pdf.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf). Acesso em: 12 Ago 2009.
7. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006; 19(5):623-30.
8. Rea ME, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saúde Públ.* 1997; 31(2):149-56.
9. Vianna RPT, Rea ME, Venâncio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(10):2403-9.
10. Osis MJD, Duarte GA, Pádua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saúde Públ.* 2004; 38(2):172-9.
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.770 de 09 de setembro de 2008. [Acesso em 2009 ago 01]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm).
12. Veríssimo MDLOR, Fonseca RMGS. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creche. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2003; 11(1):28-35.
13. Bógus CM, Nogueira-Martins MCF, Moraes DEB, Taddei JAA. Cuidados oferecidos pelas creches: percepções de mães e educadoras. *Rev Nutr.* 2007; 20(5):499-514.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999. 269p.
15. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Rev chil pediatr* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 mar 27]; 76(5): [cerca de 5 p]. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=50370-41062005000500013&lng=pt&nrm=iso>.
16. Ministério da Saúde (BR). Assistência ao pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
17. Mikuni AS. Amamentar é um ato especial: concepções sobre aleitamento materno entre puérperas de um hospital privado [monografia]. Maringá (PR): Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2007.
18. Francisquini AR. Orientações recebidas pelas puérperas de um hospital privado sobre pré-natal, parto e puerpério [monografia]. Maringá (PR): Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2007.
19. Brito RS, Oliveira EMF. Opinião do pai sobre o aleitamento materno. *Rev Rene* 2006; 7(1):9-16.
20. Araujo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(4):488-92.

RECEBIDO: 25/06/2009

ACEITO: 28/08/2009

# CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA-CE<sup>1</sup>

## SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN A HOSPITAL IN FORTALEZA-CE

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UN HOSPITAL DE FORTALEZA-CE

FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA<sup>2</sup>

THELMA LEITE DE ARAÚJO<sup>3</sup>

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA<sup>4</sup>

MARCOS VENÍCIUS DE OLIVEIRA LOPES<sup>5</sup>

ALBENIZA MESQUITA DE MEDEIROS<sup>6</sup>

*Objetivou-se descrever as características dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital de cardiologia de Fortaleza-Ceará. Estudo descritivo, desenvolvido no ambulatório de um hospital público, referência em cardiologia. A população foi composta por 146 pacientes que se submeteram à cirurgia de revascularização miocárdica entre setembro/2005 e setembro/2006, na instituição. A amostra constou de 78 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados foram agrupados em tabelas e analisados descritivamente. As características sociodemográficas predominantes foram: sexo masculino (62,8%); idade  $\geq$  60 anos (68,0%); baixa escolaridade (73,1%); renda familiar de até um salário mínimo (55,1%) e presença de antecedentes familiares com doenças isquêmicas cardíacas (65,4%). O conhecimento destas características permitirá aos enfermeiros que cuidam do paciente cardiopata trabalhar entre os acometidos a prevenção dos fatores de risco familiares, além de reforçar as estratégias de educação em saúde adotadas junto a populações com estas características.*

**DESCRITORES:** Perfil de saúde; Doença da artéria coronariana; Revascularização miocárdica.

*The aim of this research was to describe the characteristics of patients undergoing myocardial revascularization. It was a descriptive study, developed in the clinic of a public hospital which is reference in cardiology in Fortaleza-CE. The population was composed by 146 patients undergoing myocardial revascularization during the period of data collection, in that institution. The sample consisted of 78 patients who met the criteria for inclusion. The results were grouped in tables and analyzed descriptively. The main socio demographic characteristics were: male (62, 8%), age  $\geq$  60 years (68, 0%), low education (73, 1%), family income of up to one minimum wage (55, 1%), presence family history of ischemic heart diseases (65, 4%). The knowledge of such characteristics will allow the nurses, who look after the patients with cardiac diseases, to work with them, besides reinforcing the education strategies for health promotion adopted along with the populations with such features.*

**DESCRIPTORS:** Health profile; Coronary artery disease; Myocardial revascularization.

*El objetivo fue describir las características de los pacientes sometidos a revascularización de miocardio en un hospital de cardiología de Fortaleza-CE. Estudio descriptivo, desarrollado en el ambulatorio de un hospital público, idóneo en cardiología. Abarcó 146 pacientes que se sometieron a revascularización de miocardio entre septiembre del 2005 y septiembre del 2006, en la institución. La muestra constó de 78 pacientes que obedecieron los criterios de inclusión. Los resultados fueron agrupados en tablas y analizados descriptivamente. Las principales características social-demográficas predominantes fueron: sexo masculino (62,8%); edad  $\geq$  60 años (68,0%), bajo nivel escolar (73,1%); renta familiar hasta un sueldo mínimo (55,1%) y presencia de antecedentes familiares con enfermedades isquémicas cardíacas (65,4%). El conocimiento de estas características permitirá que las enfermeras, que cuidan del paciente cardíaco, trabajen entre los acometidos la prevención de los factores de riesgo familiares, además de reforzar las estrategias de educación en salud adoptadas con la población que presenta estas características.*

**DESCRIPTORES:** Perfil de salud; enfermedad de la arteria coronaria; Revascularización miocárdica.

<sup>1</sup> Estudo extraído da tese intitulada Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia, desenvolvida dentro do projeto Cuidado em Saúde Cardiovascular – CNPq Nº 306149/2006-0.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENE/FFOE/UFC/BRASIL). End. p/ correspondência: Av. dos Expedicionários, 3406, ap.1203, Bl. 1. Benfica. Fortaleza-CE/Brasil. CEP: 60410-410. E-mail: felisangela@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do DENE/FFOE/UFC/BRASIL. Pesquisadora da CNPq. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Brasil. E-mail: tmmmoreira@yahoo.com

<sup>5</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto do DENE/FFOE/UFC/BRASIL. Pesquisador do CNPq. Brasil. E-mail: marcos@ufc.br

<sup>6</sup> Enfermeira. Especialista em Educação em Saúde Pública. Coordenadora do Ambulatório do Hospital de Messejana. Brasil. E-mail: albeniza@hm.ce.gov.br

## INTRODUÇÃO

Dentre os estudos desenvolvidos na área da saúde, observa-se o interesse pelas doenças crônicas, definidas como problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas que exigem o tratamento de longo prazo, isto é, de três meses ou mais. Além disso, as condições crônicas tornaram-se a principal causa de problemas ligados à saúde, em decorrência de diversos fatores, cujo tratamento envolve os problemas físicos, psicológicos e sociais dos pacientes e seus familiares<sup>(1)</sup>.

Por contribuem, significativamente, como grupo causal para a taxa de mortalidade em todas as regiões brasileiras as doenças cardiovasculares destacam-se entre as alterações crônicas<sup>(2)</sup>. Além disso, constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil. Autores ressaltam o ônus econômico das doenças cardiovasculares tem crescido exponencialmente nas últimas décadas<sup>(3)</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano 2020 de sua manutenção como causa principal de mortalidade e incapacitação<sup>(4)</sup>.

A revascularização miocárdica, não raro, é o procedimento de eleição na tentativa de salvar vidas nessa clientela. Com isso, o comportamento do paciente pós revascularização passa a ser preponderante no restabelecimento da saúde e manutenção da vida com a máxima qualidade possível.

Segundo um estudo desenvolvido com o intuito de investigar os comportamentos de pacientes após a revascularização do miocárdio (RM) em relação aos fatores de risco constatou que 50% dos entrevistados se enquadraram no grau *ótimo* de autocuidado após um ano de revascularização do miocárdio e outros 50% estavam classificados entre *bom e regular* no grau de autocuidado<sup>(5)</sup>. Este estudo mostrou a necessidade de desenvolver estratégias para aumentar a prática do autocuidado, com vistas a controlar os fatores de risco, minimizar as complicações cardiovasculares pós-cirurgia e favorecer a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

No entanto, para minimizar os fatores de risco, é necessário inicialmente detectá-los. São classificados em fatores constitucionais e fatores comportamentais<sup>(6)</sup>. Os constitucionais seriam aqueles que o indivíduo não pode controlar ou alterar; e os comportamentais seriam aqueles passíveis de controle ou prevenção.

Como principais fatores de risco constitucionais para doenças cardiovasculares incluem-se os seguintes: sexo, com predominância nos homens; elevação da idade, principalmente para as mulheres; raça, pois os negros possuem maior susceptibilidade de desenvolver cardiopatias, por motivos ainda não suficientemente explicados; hereditariedade, porquanto pessoas com histórias familiares até o 2º grau de doenças coronarianas possuem um risco maior de desenvolver a doença. Entre os fatores comportamentais, podem-se citar: sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo, ingestão de café, dieta rica em gorduras, alto consumo de sal, estresse e contraceptivos hormonais<sup>(7-8)</sup>.

Estes indicadores de risco atuam em conjunto, e quanto maior a quantidade de fatores presentes, maior será a probabilidade de desencadear doenças coronarianas. Diante da situação, as pessoas com maiores índices de risco devem receber acompanhamento periódico e exercer uma prática de autocuidado favorável para redução das complicações.

Dessa forma, considera-se pertinente o desenvolvimento deste estudo, para responder ao seguinte questionamento: que fatores de risco constitucionais para doenças cardiovasculares estão presentes nos pacientes que se submetem à revascularização do miocárdio? Acredita-se que sua resolução poderá direcionar os profissionais da saúde a desenvolverem estratégias de promoção da saúde para o público de maior acometimento por este agravo.

Assim, tem-se como objetivo descrever as características sociodemográficas dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital de cardiologia de Fortaleza-Ceará.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo descritivo foi desenvolvido no ambulatório de um hospital público, referência em cardiologia, situado na cidade de Fortaleza-Ceará.

A população foi composta por 146 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no período de setembro/2005 a março/2006, na instituição. A amostra foi constituída por 78 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: ser a primeira cirurgia de revascularização do miocárdio, independente do tipo (safena ou mamária) e do número de pontes; realizar a cirurgia no período de coleta de dados; e residir em Fortaleza.

As variáveis pesquisadas foram: fatores constitucionais de doença arterial coronariana (sexo, idade e história familiar de doença cardíaca) e características sociodemográficas (escolaridade, ocupação, renda familiar, existência de companheiro, e religião).

No referente à escolaridade, foi dividida em duas categorias para análise, tendo em vista a relevância do grau de instrução na compreensão e adesão às práticas de autocuidado para melhoria da qualidade de vida e redução de complicações. Para caracterizar os pacientes que exerciam alguma ocupação, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações<sup>(9)</sup>. Foi considerada a existência de companheiro pelo fato deste ser capaz de corroborar para o seguimento da terapêutica recomendada. Sobre a religião, foi considerado o cristianismo, o qual se divide em três grupos: católicos romanos, ortodoxos orientais e protestantes.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista, pois essa técnica bem-sucedida consegue levantar dados precisos e completos sobre os dados de identificação e estado de saúde da pessoa, estabelecer um vínculo de confiança, construir um vínculo para uma relação terapêutica persistente, ensinar a pessoa sobre promoção da saúde e prevenção de doenças<sup>(10)</sup>.

A entrevista foi realizada na enfermaria da unidade de internação hospitalar, cujo ambiente foi considerado apropriado, por ser tranquilo e silencioso, possibilitando a verbalização espontânea do entrevistado. Utilizou-se um roteiro para o registro manual dos dados observados pela pesquisadora e verbalizados pelos pacientes. O mencionado roteiro permitiu a coleta dos dados de identificação e condições de saúde do paciente.

Os resultados foram apresentados em tabelas e analisados com base na estatística descritiva. Os dados foram compilados e analisados nos programas computacionais: Excel 2003 e SPSS 13.0.

O estudo foi realizado de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, sob n.292/05. Todos os pacientes foram orientados acerca dos objetivos do estudo e aceitaram participar do mesmo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

As variáveis referentes aos dados sociodemográficos dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio serão apresentadas a seguir:

**Tabela 1** – Distribuição dos participantes segundo sexo, idade, história familiar de doença cardíaca, escolaridade, ocupação, renda familiar, existência de companheiro, religião cristã. Fortaleza-CE, 2006.

Variáveis	DP	N	%
Sexo	8,98		
Feminino		29	37,2%
Masculino		49	62,8%
Idade			
<60 anos		25	32,0%
≥60 anos		53	68,0%
História familiar de doença cardíaca			
Sim		51	65,4%
Não		27	34,6%
Escolaridade			
Até ensino fundamental incompleto		57	73,1%
Com ensino fundamental		21	26,9%
Ocupação			
Exercia atividade laboral remunerada		35	44,9%
Aposentado		39	50,0%
Não exercia atividade laboral		4	5,1%
Renda familiar			
≤ 1 salário mínimo		43	55,1%
> 1 salário mínimo		35	44,9%
Existência de companheiro			
Sim		59	75,6%
Não		19	24,4%
Religião cristã			
Católica		64	82,1%
Protestante		14	17,9%
Total		78	100,0%

Em relação ao sexo, constatou-se predomínio do masculino (62,8%). Ao verificar a idade, constatou-se média de 64,95 anos, desvio padrão de 8,98 e variação de 38 a 86 anos. Ao relacionar a idade com o sexo, constatou-se que a maioria era de pessoas de ambos os sexos com idade superior a 60 anos de idade (68,0%).

Predominaram as pessoas com baixa escolaridade, até o ensino fundamental incompleto (73,1%). Dos que

cursaram até o ensino fundamental incompleto, 69,2% eram analfabetos ou sabiam apenas assinar o nome. E ainda, foi evidenciado apenas 7,7% de pessoas com nível superior completo entre os pesquisados.

Quanto à atividade de remuneração dos pacientes antes da cirurgia, 51,3% eram aposentados. Entre estas ocupações, incluíam-se: comerciante varejista e representante comercial autônomo (16,7%); pedreiro e marceneiro (3,8%); camareira de hotel e costureira (5,1%); empregado doméstico/faxineiro (6,4%); sapateiro (2,6%); auxiliar de escritório em geral (2,6%); motorista de caminhão (2,6%); vigia (1,3%); alguns (3,8%) exerciam atividades de nível superior (advogado, enfermeiro e engenheiro civil) e outros (5,1%), que não exerciam atividade remunerada, dedicando-se ao cuidado da própria casa. Dos 44,9% de pacientes que exerciam atividade laboral, cerca de 40% retornaram às suas funções no período de três a quatro meses após a cirurgia, sob orientação da enfermeira. Os demais não retornaram pelo avanço da idade, do não consentimento familiar e/ou por se tratar de atividades que exigiam grande esforço físico, sendo contraindicadas no pós-operatório.

A renda familiar foi avaliada conforme o salário mínimo vigente no Brasil no período de coleta de dados: R\$350,00. Predominaram as pessoas que ganhavam até um salário mínimo, 55,1%. O grupo teve uma média de salário de R\$ 714,32, com um desvio padrão de R\$ 684,56 e uma variação de R\$ 150,00 a R\$ 2.800,00.

Constatou-se também que 75,6% dos pacientes moravam com um companheiro e 65,4% tinham antecedentes familiares com alterações cardíacas. Sobre a religião, predominaram os católicos romanos, com 82,1%, seguidos dos protestantes, com 17,9%.

## DISCUSSÃO

Ao efetuar a análise da idade, é necessário determinar o momento em que um indivíduo se torna idoso. No entanto, esse ato é complexo, pois o envelhecimento faz parte de um processo contínuo que se inicia com a concepção e só termina com a morte. Contudo, como é preciso estabelecer limites cronológicos para estudos e planejamentos administrativos, a Organização Mundial da Saúde conceitua o idoso

pela idade e grau de desenvolvimento do seu país, propondo para os países desenvolvidos um limite de 65 anos ou mais, e, para aqueles em desenvolvimento, 60 anos ou mais<sup>(11)</sup>.

Os achados referentes ao sexo e à idade dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio condizem com a literatura, pois há um predomínio de homens e pessoas idosas que realizaram o procedimento. Têm-se como exemplo estudos nos quais constam dados semelhantes aos ora identificados<sup>(12-15)</sup>.

Destes, pode-se exemplificar as semelhanças dos resultados com os de um estudo realizado em um hospital geral do Paraná, com 23 indivíduos, no qual se constatou, também, que a cirurgia de revascularização do miocárdio ocorre nos homens em idade mais jovem, ou seja, entre 51 e 55 anos e entre as mulheres, é mais freqüente na idade mais avançada, isto é, cerca de 70 anos<sup>(15)</sup>.

Pode-se citar, ainda, um estudo com 2.495 pacientes operados de RM sem circulação extracorpórea, de outubro de 1981 a setembro de 1999, no qual predominou o sexo masculino (67%) e a idade variou de 32 a 90 anos, com mediana de 59 anos<sup>(12)</sup>.

Outro estudo mais recente, tipo ensaio clínico randomizado, desenvolvido em Porto Alegre, com 74 pacientes (38 do grupo de intervenção e 36 do controle), revelou que o sexo preponderante foi o masculino (77,6%) e que a média de idade foi similar entre os grupos: 52,37±7,9 no de intervenção e 56,28±9,0 no grupo controle<sup>(13)</sup>.

Em estudo retrospectivo e observacional, desenvolvido em Fortaleza-CE, com 50 pacientes revascularizados constatou-se predomínio do sexo masculino (36; 72%) na faixa etária de 56 a 69 anos (23; 46%)<sup>(14)</sup>. Assim, confirma-se que a doença arterial coronariana prevalece nos homens e aumenta o risco com a idade, independente da região do Brasil.

Ao se analisar a escolaridade, esta predominou até o ensino fundamental incompleto, assemelhando-se ao da maior parte da população brasileira, pois em 2005 o Brasil contava com cerca de 14,9 milhões de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) daquele ano, ou seja, 11% da população. Deste contingente, 37,7% tinham 60 ou mais anos, 18,9% de 50 a 59 anos, 16,8% de 40 a 49 anos e 13,9% de 30 a 39 anos<sup>(16)</sup>.

Em relação a pesquisas que enfocam esses aspectos em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, encontra-se o estudo, realizado em Salvador-Bahia, no qual foi constatado predomínio de pessoas com baixa escolaridade (até o ensino fundamental) em 95% de 391 homens e 97% de 577 mulheres<sup>(17)</sup>. Já em outro estudo desenvolvido com 553 pacientes que apresentaram IAM, na região metropolitana de São Paulo, houve um percentual de 48% com baixo nível de escolaridade, classificado no estudo como básico, 25,1% nível intermediário e 26,9% universitário<sup>(4)</sup>.

Outro estudo mais recente, desenvolvido no Paraná, com 23 indivíduos, também constatou que 17 (74%) possuíam apenas o primeiro grau incompleto; 18 (79%) eram casados; e 18 (79%) eram aposentados<sup>(15)</sup>.

Conforme se acredita, o nível de escolaridade, o acesso à informação e a educação em geral proporcionam às pessoas submetidas à RM mais condições de zelar pela saúde e retornar mais disponíveis a fazer o que é exigido para mantê-la<sup>(1)</sup>.

No referente à renda familiar dos pacientes predominou em até um salário mínimo. Este valor é inferior aos achados em um estudo de caso-controle, multicêntrico, desenvolvido na região metropolitana de São Paulo. No referido estudo, do qual fizeram parte 553 pacientes (271 casos e 282 controles), que tiveram infarto agudo do miocárdio, foi constatado no grupo caso que 27% tinham uma renda familiar de até R\$ 600,00, 22% de R\$ 600,00 a R\$ 1.200,00 e 51% era superior a R\$ 1.200,00; no grupo controle esses números foram semelhantes, representando, respectivamente, 25%, 20% e 55%<sup>(4)</sup>. E estudo desenvolvido com 23 indivíduos no Paraná constatou que 12 (52%) possuíam renda familiar menor que três salários mínimos<sup>(15)</sup>.

Conforme se sabe, os pacientes que contribuem para a Previdência Social não sofrem grandes comprometimentos na renda familiar após a cirurgia, pois eles têm direito aos benefícios advindos da instituição por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Em consequência do infarto ou da intervenção cirúrgica, alguns até se aposentam, mesmo quando têm condições seguras de retornar ao trabalho. Em contrapartida, a renda dos pacientes que exercem atividades autônomas fica bastante

comprometida após a cirurgia, pois eles se afastarão do trabalho por um tempo prolongado, no mínimo de três meses, e sem receber remuneração. Esta situação pode dificultar a recuperação do paciente, pois ele não terá renda para adquirir medicamentos e alimentação adequada.

No Brasil, o índice de aposentados vem aumento consideravelmente. Como apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>(16)</sup>, em 2005, a proporção de idosos aposentados e pensionistas no país era de 78,2%, e de aposentados 65,3%. Entre as regiões sobressai a Nordeste com maior proporção de aposentados, 72,2%. Os idosos aposentados, mas ocupados, eram de 19%, ou 3,4 milhões de pessoas, sendo mais representativos os de 60 a 69 anos.

Em relação ao não retorno às atividades laborais após a revascularização do miocárdio há um estudo que cita como principais motivos os seguintes: idade avançada; influência da família; baixo grau de escolaridade e de qualificação profissional; não compensação financeira; opção por aumentar as atividades de lazer; não liberação médica e solicitação da aposentadoria. Foi constatado, ainda, que trabalhadores do sexo masculino, com profissões mais intelectuais e com alto *status* socioeconômico retornam ao trabalho com maior frequência do que os trabalhadores braçais e as pacientes do sexo feminino. Indivíduos com maior apoio social retornam ao trabalho mais rapidamente que aqueles que tiveram menor apoio<sup>(18)</sup>.

Outra variável ressaltada no estudo ora elaborado foi a existência de um companheiro. Nesse caso, considerou-se a existência de um companheiro no mesmo domicílio, por se considerar esta presença como um indicador de suporte social para os pacientes. Encontrou-se predomínio de pessoas que residem com companheiro. Estes dados podem ser equiparados aos encontrados em um caso-controle desenvolvido com 553 indivíduos, em São Paulo, no qual 74% do grupo caso e 64% do grupo controle eram casados<sup>(2)</sup>. Dados semelhantes foram achados em outro estudo desenvolvido com 97 participantes após cirurgia de RM, em que 88,7% residiam com o cônjuge e/ou com os filhos, dos quais 79,4% eram casados<sup>(19)</sup>.

Contudo, esse dado requer um olhar aprofundado, porquanto a presença de um companheiro no lar não significa obrigatoriamente sua atuação como cuidador. Em

determinadas circunstâncias pode até dificultar, pois o companheiro nem sempre incentiva o paciente a aderir às mudanças de estilo de vida favoráveis para a manutenção da saúde e do bem-estar. O adequado seria que todos os membros familiares aderissem ao estilo de vida saudável (abster-se do tabagismo e etilismo; manter alimentação hipolipídica, rica em frutas e verduras; adotar a prática de exercício físico; desenvolver ações que favoreçam a calma e a despreocupação).

Alguns autores corroboram essa afirmativa e, segundo constatam apesar da maioria dos participantes serem casados ou terem alguém emocionalmente significativa, não se observou correlação estatística entre auto-estima e estado civil. Ao se deterem sobre o assunto, os autores levantaram questões sobre até que ponto estar casado ou ter alguém emocionalmente significativa poderia influenciar a auto-estima dos pacientes<sup>(19)</sup>.

Quanto aos percentuais relativos aos fatores hereditários encontrados, estes foram superiores (65,4%) aos de um estudo observacional com 1.066 adultos no Rio Grande do Sul, no qual 57,3% das pessoas tinham antecedentes familiares com doença arterial coronariana<sup>(20)</sup>. Foram também superiores aos achados no estudo multicêntrico da região metropolitana de São Paulo, com 553 indivíduos (271 casos e 282 controles) que constatou a presença de antecedentes familiares com insuficiência coronariana em 50% no grupo caso e 31% no grupo controle<sup>(4)</sup>.

Embora a presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares já seja considerada fator de risco não modificável e independente, estes ainda devem ser muito estudados. Conforme se sabe, pacientes com antecedentes em 1º grau que apresentaram precocemente cardiopatias coronarianas têm maiores riscos de desenvolver doença arterial coronariana que a população em geral.

Os achados do presente estudo podem ser equiparados aos encontrados em estudo anterior, segundo o qual características sociodemográficas, renda familiar, nível de escolaridade têm sido relacionados ao desenvolvimento de doença cardiovascular. Como são notórios, os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência em populações com menor poder econômico e baixa escolaridade em comparação com aquelas de alto poder aquisitivo e

com curso superior. Mesmo em países desenvolvidos estas associações são relatadas<sup>(8)</sup>.

## CONCLUSÕES

As características sociodemográficas presentes no grupo estudado foram: predomínio do sexo masculino (62,8%); idade média de 65 anos, variando de 38 a 86 anos; baixa escolaridade, em que a maioria cursou até o ensino fundamental incompleto; predomínio de pacientes com renda familiar de até um salário mínimo (55,1%), cuja renda era proveniente da aposentadoria; 65,4% tinham antecedentes familiares com doenças isquêmicas do coração; e 82,1% eram católicos.

Com base nos resultados obtidos, acredita-se que os enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento ao paciente portador de cardiopatias devam desenvolver estratégias de educação em saúde voltadas para as pessoas que possuem maior número de fatores de risco relacionados aos problemas cardiovasculares. Devem ser considerados tanto as características sociodemográficas, como também os comportamentos de riscos modificáveis, tais como: alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo e estresse, visando reduzir a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares.

## REFERÊNCIAS

- 1- Smeltzer SC, Bare BG, Doença crônica. In: Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 153-64.
- 2- Abreu RNDC, Moreira TMM. Pós-graduação em enfermagem no Brasil: análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus de 1972 a 2004. *Rev Rene*. 2007;8(2):60-8.
- 3- Castro LCV, Franceschini SdoCC, Priore SE, Pelúzio MdoCG. Nutrition and cardiovascular diseases: the risk markers in adults. *Rev Nutr* 2004; 17(3):369-77.
- 4- Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3):206-13.

- 5- Lima FETL. A prática do autocuidado após revascularização do miocárdio [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2002.
- 6- Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1998.
- 7- Sociedade Brasileira Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
- 8- Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3):199-201.
- 9- Ministério do Trabalho e Emprego (BR) [homepage na Internet]. Classificação brasileira de ocupações. [Acesso 2009 abr 13]. Disponível em: <http://granulito.mte.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>.
- 10- Jarvis C. Exame físico e avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 11- Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- 12- Aguiar LE, Andrade JCS, Branco JN, Palma JH, Teles CA, Gerola LR, et al. Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea: resultados da experiência de 18 anos de sua utilização. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001; 16(1):1-6.
- 13- Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Rev AMRIGS*. 2005; 49(3):149-54.
- 14- Pinheiro DGM, Pinheiro CHJ, Marinho MJ. Estilo de vida e importância da educação em saúde na reabilitação cardíaca após cirurgia de revascularização do miocárdio. *RBPS Rev. Brás Prom Saúde* 2007; 20(4):213-20.
- 15- Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Eletr Enf* 2008;10(2):504-12.
- 16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na Internet]. População [Acesso 2009 fev 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>.
- 17- Pitanga FJG, Lessa I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):259-69.
- 18- Dantas RAS, Aguillar OM, Barbeira CBS. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Latino-am Enferm*. 2001; 9(4):26-31.
- 19- Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):20-7.
- 20- Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2002; 78:484-90.

RECEBIDO: 05/05/2009

ACEITO: 14/09/2009

## TECNOLOGIA, AMBIENTE E INTERAÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA

*TECNOLOGY, ENVIRONMENT AND INTERACTIONS IN HEALTH PROMOTION TO THE NEWBORN AND HIS FAMILY*

*TECNOLOGÍA, AMBIENTE E INTERACCIONES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD AL RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA*

MÁRCIA MARIA COELHO OLIVEIRA<sup>1</sup>

ANDRÉA LOPES BARBOSA<sup>2</sup>

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO<sup>3</sup>

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>4</sup>

*Estudo de caso, de natureza qualitativa, objetivou analisar os cuidados ambientais e as interações entre a equipe de enfermagem, o recém-nascido (RN) prematuro internado e sua família como estratégias para a promoção da saúde em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em Fortaleza-Ce. Em junho de 2008, utilizou-se para coleta de dados, a observação do cuidado de Enfermagem ao RN, e os registros do prontuário. Para a análise, foram criadas três categorias que emergiram das articulações estabelecidas entre os fundamentos das interações: profissional/bebê, profissional/familiares e profissional/binômio mãe/bebê. Pode-se concluir que neste ambiente, exige-se que o profissional esteja em consonância com o bebê, com a mãe e a equipe hospitalar. Por sua vez, a evolução tecnológica influencia o ambiente e o saber fazer do profissional, sendo possível realizar práticas de promoção da saúde nas unidades críticas, ao propiciar uma atenção de qualidade, humana e individualizada aos recém-nascidos e seus familiares.*

**DESCRITORES:** Recém-Nascido; Relações profissional-família; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Equipe de Enfermagem; Promoção da Saúde.

*It is a case study developed into a qualitative approach aiming to analyze the environmental cares and interactions between nursing team, hospitalized premature newborn and his family as strategies to health promotion in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), in Fortaleza, Ceará. On June 2008, as data collection it was used the observation of the nursing care to newborn and the registers from patient chart. As for analysis, were created three categories, which emerged from articulations established between the fundamentals of the interactions: professional/baby, professional/relatives and professional/binomial mother baby. It was so concluded that in such environment, the professional must be in harmony with the baby, mother and hospital team. On the other hand, the technological evolution influences the environment and the professional know how to do, being possible to accomplish practices of health promotion in the critics units, offering human and individualized quality attention, to newborns and their relatives.*

**DESCRIPTORS:** Newborn; Professional-family relations; Neonatal Intensive Care Unit; Nursing, Team; Health Promotion.

*Estudio de caso, de naturaleza cualitativa, con el objetivo de analizar los cuidados ambientales y las interacciones entre el equipo de enfermería, el recién nacido (RN) prematuro hospitalizado y su familia como una estrategia para la promoción de la salud en unidad de vigilancia intensiva neonatal (UVIN), en Fortaleza-Ce. En junio del 2008, se utilizó para la recogida de datos, la observación de los cuidados de Enfermería al RN, y también los registros del historial médico del recién nacido. Para el análisis, fueron creadas tres categorías que surgieron de las articulaciones establecidas entre los fundamentos de las interacciones: profesional/bebê, profesional/familiares y profesional/binomio madre/bebê. Se puede concluir que en este entorno, se exige que el profesional esté en consonancia con el bebê, con la madre y el equipo del hospital. A su vez, la evolución tecnológica afecta el ambiente y la capacidad del "saber hacer" del profesional, tornando posible la realización de prácticas de promoción de la salud en las unidades críticas, mediante una atención de calidad, humana y personalizada a los recién nacidos y su familiares.*

**DESCRIPTORES:** Recién nacido; Relaciones profesional-familia; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Grupo de Enfermería; Promoción de la Salud.

1 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFC. Membro do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC. Enfermeira assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Brasil. E-mail: marciacoelho.oliveira@bol.com.br.

2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFC. Membro do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC. Enfermeira assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Brasil. E-mail: andrea\_lopes\_barbosa@hotmail.com

3 Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem/UFC. Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-doutora pela Universidade de Victoria/ Canadá. Professor Associado do Departamento de Enfermagem/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC. Pesquisador CNPq. Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo. CEP: 60. 430.160. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: cardoso@ufc.br

## INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho sofre transformações que acompanham as mudanças da sociedade pós-industrial, relativas ao desenvolvimento e à incorporação tecnológica que repercute de forma decisiva as ações de saúde e de Enfermagem no Brasil e no mundo.

A tecnologia é um elemento essencial na construção do “saber-fazer” da saúde e mais especificamente da Enfermagem, permeando e influenciando suas bases teórico-práticas<sup>(1)</sup>. Destaca-se, portanto, que a presença e a influência da tecnologia nas instituições de saúde e no agir das pessoas, visto que papéis, valores e padrões de trabalho foram influenciados pelos níveis de tecnologia que estão em constante mutação<sup>(2)</sup>.

Frente a essa transformação social, produzir tecnologia é produzir coisas que, tanto podem ser materiais como produtos simbólicos que satisfaçam as necessidades. No que concernem as tecnologias em saúde, podem se classificar como: leve (tecnologia de relações, acolhimento), leve-duras (saberes bem estruturados que operam nos serviços de saúde) e duras (como no caso de equipamentos, máquinas, estrutura organizacional)<sup>(3)</sup>.

Mediante tal classificação, compreende que o uso de tecnologia é vasto e abrange um saber prático, uma habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos, parte originária do cotidiano, no nível da própria atividade empírica, e parte originária da necessidade de se estabelecerem procedimentos sistematizados para a operacionalização de uma atividade prática<sup>(4)</sup>. Entende-se, portanto, que a aproximação da produção tecnológica com a Enfermagem, compreende as alternativas criativas que a equipe de Enfermagem lança mão para superar suas dificuldades na assistência.

Pode-se afirmar que esses avanços incidem de forma importante na área da saúde, em particular, na neonatal, que demonstra uma diminuição do índice de morbimortalidade. Percebe-se que a complexidade das condutas terapêuticas e os procedimentos técnicos favorecem maior sobrevida aos recém-nascidos (RN), em especial, aos prematuros internados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), antes, considerados inviáveis.

Do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, o cenário hospitalar se constitui

em um espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde. Entretanto, dá-se a ênfase as ações preconizadas para a humanização no cuidado neonatal, voltadas para o respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do RN, o acolhimento ao bebê e sua família, facilitando o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta<sup>(5)</sup>.

Ao analisar estas transformações tecnológicas e o surgimento de algumas tendências, percebem-se tais repercussões junto às cinco ações para a promoção da saúde da coletividade preconizadas na Carta de Ottawa que se destaca a criação de ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária, construção de políticas públicas saudáveis, reorientação dos sistemas e serviços de saúde de um enfoque curativo para um enfoque preventivo, com a formação de profissionais capazes de acompanhar esta mudança<sup>(6)</sup>.

O conceito de promoção da saúde traz como princípios norteadores um conjunto de valores éticos, como a vida, a solidariedade, a equidade e a cidadania, além de estratégias que se concretizam por meio de cooperação e parcerias. A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a diversidade humana, sendo indispensável à luta pelo direito à saúde e por melhores condições de vida<sup>(6-7)</sup>.

Em se tratando da Enfermagem, a essência e especificidade do cuidado ao ser humano, à família e a comunidade implica desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. A promoção da saúde é aqui entendida como estratégia de desenvolvimento de ações sociais, políticas, econômicas e ambientais que visam à transformação social e o resgate da cidadania – transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito.

Ao longo da disciplina “Enfermagem e as bases teóricas da promoção da saúde”, do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), surgiu o interesse em aprofundar, organizar e gerar conhecimentos acerca da inserção da tecnologia na prática em saúde e refletir sobre as diversas maneiras de promover saúde no âmbito hospitalar. Neste estudo propôs-se destacar a assistência humanizada, no cenário neonatal, onde

é possível favorecer a promoção da saúde, ao agregar conhecimentos e tecnologia, articulando-os na direção de uma qualidade de vida. Neste enfoque, deve-se cuidar da vida de modo que se reduza a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e da população.

Sua relevância reflete a promoção da saúde do neonato e seus familiares, que vivenciam uma internação, permeada de sentimentos, expectativas e desgaste quanto à situação de saúde e ao ambiente exaustivo. Como profissionais comprometidos com o cuidado, torna-se necessário construir uma relação com o ser humano atendido por uma equipe de profissionais de Enfermagem, usando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde.

Nesse contexto, objetiva-se analisar os cuidados ambientais e as interações de atendimento entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido (RN) prematuro internado e à sua família como estratégias para a promoção da saúde em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

## METODOLOGIA

No cenário de um ambiente hospitalar, especificamente de Unidade de Internação Neonatal (UIN), desenvolveu-se um estudo de caso com um recém-nascido pré-termo em uma maternidade pública de nível terciário de Fortaleza, Ceará. Considera-se que o estudo de caso é uma investigação em profundidade de um indivíduo, grupo, instituição ou outra unidade social quando o pesquisador analisa e compreende as variáveis importantes ao histórico, desenvolvimento ou cuidado dispensado ao indivíduo ou aos seus problemas<sup>(8)</sup>. A UIN é composta por duas unidades de alto risco e duas de médio risco, denominadas de unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade intermediária, respectivamente, com a capacidade para sessenta leitos.

Como sujeito direto do estudo, teve-se um bebê em ventilação mecânica internado em uma unidade de alto risco com diagnóstico de prematuridade e de muito baixo peso, e indiretamente teve-se como sujeitos a mãe do RN e seus familiares (mãe) e os profissionais de enfermagem

que cuidam do binômio mãe-filho. Denomina-se cuidado mãe-filho em decorrência de a mãe ser protagonista para auxiliar no reestabelecimento do filho, de modo que o cuidado do RN se faz na presença da mãe, que, muitas vezes, permanece várias horas do dia ao lado do filho.

Foram utilizados como técnica de coleta de dados, a observação direta, descrição da assistência de enfermagem e o uso do diário de campo que compilou experiências, observações e sentimentos das pesquisadoras. Observados todos os cuidados que envolvem o RN, suas interações no ambiente bem como as relações com os profissionais e familiares. A coleta de dados ocorreu durante o mês de junho de 2008, em horários e plantões alternados (manhã e tarde), no intuito de captar as relações de atendimento entre equipe de enfermagem, o bebê e sua família.

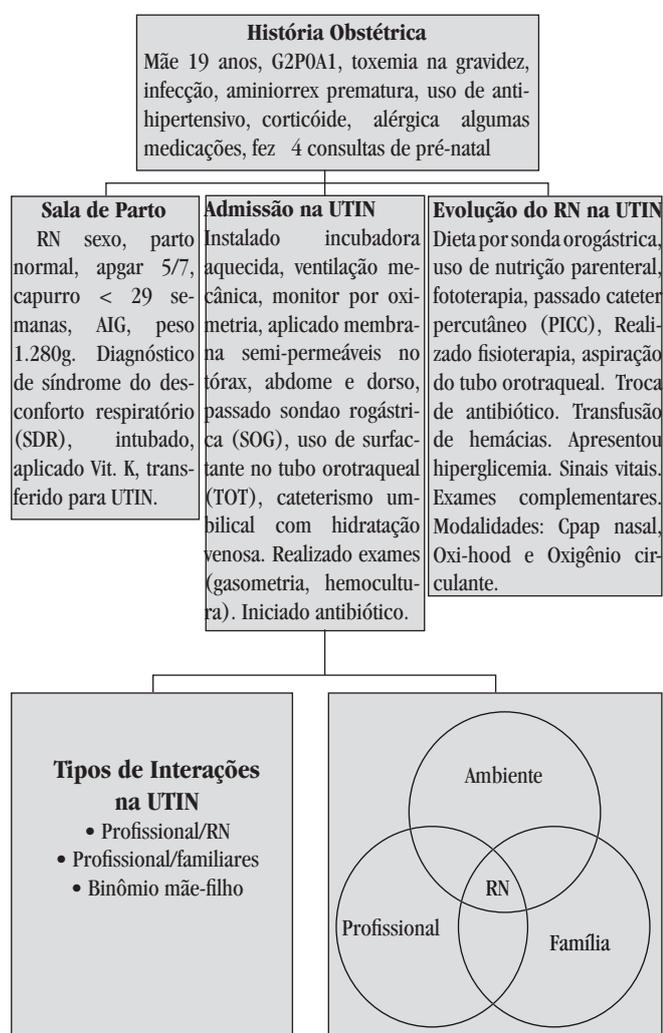
Para a análise dos dados, construíram-se três categorias que emergiram dos dados registrados no diário de campo, a saber: profissional/bebê, profissional/familiares e profissional/binômio mãe/bebê, de forma que se buscou confrontar com as normas e rotinas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a sua aplicação prática no cotidiano da assistência a essa clientela. Conforme o que se preconiza na “Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso pelo método mãe canguuru”, reúnem-se conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas do RN, necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos de sua família, bem como motivar a equipe de profissionais como cuidadores nesse atendimento<sup>(5)</sup>.

Acrescentado a esse referencial teórico, demais estudos subsidiaram a análise com as temáticas de prematuridade, relação interpessoal e assistência aos pais em UTIs neonatais<sup>(9-11)</sup>. Além disso, para compreender a incorporação das tecnologias no ato de cuidar, tomou-se como eixo analítico o processo de efetivação das tecnologias leve e os seus modos de articulação com as outras<sup>(3)</sup>.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, conforme a Resolução, com a aprovação em 11/06/2008, como consta no protocolo nº 37/08. Dadas as informações sobre os objetivos, relevância e o modo de desenvolvimento do estudo, a mãe assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do histórico e evolução do RN na UTIN, elaborou-se um diagrama que apresenta, sucintamente, os dados obstétricos da mãe, a anamnese do RN, durante o nascimento na sala de parto, sua admissão na unidade de internação, bem como as principais condutas e procedimentos técnicos que atenderam a terapêutica assistencial. Nesse contexto, ainda visualizam-se três tipos de interações que contemplam a assistência e a evolução do RN durante o processo de internação e que permitem avaliar comportamentos e atitudes que enfoca a promoção da saúde neste cenário.



**Figura 1.**

Fonte: elaborado a partir dos dados oriundos dos prontuários da mãe e recém-nascido e diário de campo. Fortaleza, 2008.

### Interação profissional/bebê: ambiência e intervenções ao bebê

Nesta interação profissional/bebê, predomina-se o ambiente hospitalar onde é mediado por muitos recursos tecnológicos cujas funções pouco se entendem e cuja comunicação se dá por meio de uma linguagem constituída de termos especificamente profissionais.

O ambiente da UTIN é complexo e associado à característica do cliente, como seu peso, tamanho e à necessidade de manuseá-lo. O ambiente é peculiar a uma estrutura física adequada, centralizado na quantidade e na qualidade dos recursos materiais e humanos, permitindo um atendimento pronto e eficaz ao RN enfermo, totalmente dependente dos cuidados de uma equipe multiprofissional.

Apesar da notável relevância da UTIN para os RN enfermos, há uma incoerência quando se percebe que uma unidade que deveria zelar pelo bem-estar do RN em todos os aspectos, é considerada um ambiente inóspito, onde acontecem barulhos, intensa luminosidade e desconforto para o RN<sup>(9)</sup>.

O ambiente da UTIN é repleto de sons provenientes dos alarmes dos equipamentos (monitores, bombas de infusão), de procedimentos específicos realizados por profissionais e conversas constantes dentro da unidade de internação, que provocam desconforto e estresse ao RN<sup>(10)</sup>. A iluminação muito forte do ambiente e ruídos provocados pelas portinholas da incubadora, quando fechadas indelicadamente, são também fatores que incomodam e implicam na interrupção do repouso do RN<sup>(5)</sup>.

Percebe-se que a equipe de enfermagem da UTIN, ao longo do tempo, adquiriu uma conscientização quanto aos fatores que desencadeiam o estresse do bebê, pois, procura diminuir a luminosidade e os ruídos da unidade, protege a incubadora para amenizar a claridade, fecha as portinholas com delicadeza, porém, é perceptível som e o tom de vozes, ainda, não o estimado pelas normas.

Nos novos horizontes da Enfermagem, requer-se do profissional responsabilidade na elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e aplicá-los<sup>(11)</sup>. O cuidado emocional é conduzido no sentido de alcançar a recuperação e a sobrevivência do RN hospitalizado, todavia, deve lembrar sempre

o cuidado técnico-científico.

O processo de enfermagem é uma prática individualizada entre os enfermeiros que utilizam esta metodologia para sistematizar a assistência aos RN<sup>(9)</sup>. Como exemplo o banho do neonato, que tem por finalidade principal a limpeza da pele, reduzir a colonização microbiana através da remoção de sujidades, proporcionando conforto e melhoria da estética. Nesse momento, a enfermeira pode ainda fazer uma inspeção da pele, observar as reações do bebê, bem como aumentar o vínculo.

A complexidade desta unidade relaciona-se aos diversos equipamentos e aparelhos sofisticados existentes, como: incubadora, pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) nasal ou ventilação assistida, *oxi-hood*, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, bomba de infusão, respirador, como também condutas e procedimentos essenciais ao tratamento do RN. Concomitantemente à oxigenoterapia, outros cuidados de enfermagem são implementados, como as repetidas aspirações de secreção do tubo orotraqueal (TOT), bem como o momento de administrar o surfactante ou instalar o óxido nítrico.

Nestas circunstâncias, o RN prematuro é submetido aos procedimentos invasivos e dolorosos para fins diagnósticos e terapêuticos, porém, com risco de iatrogenias e infecções, bem como maiores dias de permanência no nosocômio<sup>(11)</sup>. Por sua vez, a ambiência neonatal associada às condutas terapêuticas pode gerar manifestações físicas e patológicas, causando grande desconforto ao bebê e prejudicando ainda mais seu equilíbrio orgânico.

Promover o conforto do RN é possível, por meio de um procedimento humano através do estímulo tátil. Este estímulo é facilitado pela contenção, dócil e prolongada com as mãos, permitindo que o RN vivencie mais qualidade no cuidado de enfermagem oferecido<sup>(12)</sup>. Quando este procedimento não for oferecido com atenção e de maneira carinhosa, os procedimentos provocam ansiedade e estresse ao bebê, que desencadeiam cansaço físico e mental, expressos no rosto, por gestos, caretas e posição postural<sup>(5)</sup>.

Deste modo, o ambiente pode favorecer novas possibilidades para compreender os significados do processo do cuidar, as expressões e as diferentes formas de interação do recém-nascido no universo de uma internação em

UTI Neonatal, o que facilita a compreensão do processo como um todo<sup>(13)</sup>.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-bebê, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Logo, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

A enfermeira precisa dar à comunicação um significado mais amplo através da interação, o que possibilita o envolvimento, o conhecimento do outro, oferecendo apoio e confiança. É desta forma que ocorre uma interação eficaz e obtém-se maior êxito nas ações de Enfermagem.

A partir da evolução tecnológica, a atuação do enfermeiro amplia sua maneira de cuidar, principalmente, no cenário hospitalar. Focaliza um olhar abrangente para além do corpo biológico adoecido do bebê, vê-lo também em suas dimensões, sendo o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente e da sua família, ao conduzir melhores formas de enfrentamento do processo da hospitalização.

**Interação profissional/familiares:** pais estimulados a tocar ou permanecer junto de seus bebês

A assistência familiar imbuída de amor, calor e proteção são primordiais para a recuperação do bebê, bem como a visualização e o contato ajudam a aliviar o estresse e promove o apego<sup>(14)</sup>. A ênfase centrada na família para assistir o filho durante a internação na UTIN é uma tendência da neonatologia e, nesse contexto, os enfermeiros desempenham papel fundamental para implementar essa prática, uma vez que estes profissionais devem envolver a família para esse olhar do cuidar.

Atualmente, valoriza-se a permanência dos pais nas UTIs, onde são estimulados a tocar e conversar com o bebê, o que favorece o vínculo afetivo profundo e duradouro, com efeitos positivos no crescimento e desenvolvimento da criança<sup>(5)</sup>. Nestas condições, os pais são estimulados a aconchegar seu bebê, mesmo quando ele se encontra em incubadora ou com indicação de manuseio restrito.

Este contato promove calor, aumento de peso que também implica no desenvolvimento físico e psíquico do neonato, na recuperação da saúde, por meio de um atendimento humanizado.

Os pais devem ser constantemente incentivados, pela equipe de profissionais, a verem e sentirem o seu bebê, sendo orientados e encorajados a participarem ativamente desse processo<sup>(15)</sup>. De acordo com a disponibilidade dos pais, é importante que participem dos cuidados com o bebê ainda na UTI Neonatal, bem como se deve enfatizar sua melhora clínica e a luta pela vida.

Durante a internação do RN, os sentimentos dos familiares são permeados pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, pela apreensão de conviver em um ambiente estranho, além da preocupação com a integridade física do bebê, em decorrência do processo patológico<sup>(15)</sup>.

Em um estudo, autores afirmam que dentro da UTIN deve haver uma interação entre os profissionais da equipe de saúde e destes com a família, propiciando assim, uma UTIN humanizada, pois, estes experimentam sentimentos que muitas vezes não conseguem superar sozinhos, levando-os freqüentemente à insegurança e à angústia diante de uma situação delicada<sup>(16)</sup>.

Atualmente, as intervenções primárias precoces que incrementam um suporte para os pais e uma relação de responsabilidade na família do RN têm produzido efeitos benéficos, pois, várias intervenções foram promovidas, a fim de ajudar os pais a lidarem com a situação estressante de terem um bebê enfermo e hospitalizado<sup>(17)</sup>.

Frente a este cenário, permite-nos observar as reações dos pais ante a internação do filho em um ambiente para ele estranho, onde a receptividade e a comunicação entre os profissionais são grandes estratégias para a promoção da saúde. Considera-se a comunicação alvo principal no relacionamento entre as pessoas, imprescindíveis aos profissionais tornarem-se capazes de entender a família ao se encontrar com dúvidas, anseios e expectativas mediante uma situação de conflito<sup>(16)</sup>.

Na Enfermagem, a tecnologia de processos de comunicação é centrada sobre a relação terapêutica enfermeiro-cliente<sup>(3)</sup>. Alguns autores expressam a comunicação

como sendo um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual há dois meios de transmissão de mensagens: verbal que contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque compõem a forma não-verbal<sup>(18)</sup>.

Considera-se que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e a família que vivencia ansiedade e estresse, especialmente em caso de longos períodos de internação. Nessa relação interpessoal entre o enfermeiro e os pais do neonato, deve-se desenvolver uma interação efetiva, promover sua participação no tratamento e recuperação da saúde do filho internado, na tentativa de buscar qualidade de vida no âmbito familiar.

O processo de cuidar do neonato em uma UTIN envolve a presença da família do RN dentro da unidade, cuja dinâmica de funcionamento se altera em virtude da estreita relação bebê-família. Logo, os familiares do RN enfermo precisam de tempo e informações a respeito da doença e tratamento da mesma para se adaptarem à nova situação. Portanto, é fundamental que se promova um ambiente receptivo e acolhedor aos pais, para minimizar ao máximo a separação e fortalecer os laços afetivos.

A equipe de enfermagem procura amenizar as sensações de desequilíbrio bio-psico-sócio-espirituais apresentadas pela família, aumentando sua confiança e autoestima, frente aos inúmeros motivos que podem levar o RN prematuro ser admitido em uma unidade neonatal. Logo, a manutenção do vínculo, o acolhimento e a responsabilização por meio do cuidado são considerados os desafios para a mudança do modelo assistencial.

### **Interação binômio mãe/bebê: vínculo afetivo e comunicação com seu bebê**

O fenômeno do nascimento representa uma experiência que é marcada por sentimentos de ansiedade, expectativa, realizações, projeções entre outros. Com a chegada de um filho, inicia-se uma nova fase na vida da mulher, marcada pela instabilidade emocional e vulnerabilidade, principalmente, quando se trata de um bebê prematuro que necessita de cuidados intensivos em uma unidade neonatal.

Entende-se que a mãe sofre com a internação do seu filho, portanto, tem necessidade de informações que devem ser consideradas pelo profissional cuidador durante toda a hospitalização, pois os problemas vivenciados podem interferir na flexibilidade e espontaneidade das relações com a equipe de saúde. Quando os acontecimentos e a comunicação verbal não são efetivos, provocando sentimentos sob forma de recusa em permanecer com o bebê, impaciência e afastamento progressivo, ocasionam dificuldades na formação do vínculo afetivo.

A mãe, ao visitar o filho na UTIN, depara-se com o bebê, em meio a tubos, sondas, fios e aparelhos. Nestas circunstâncias, o acolhimento (como tecnologia de relações), é fundamental, por parte dos profissionais que devem ter a sensibilidade de familiarizá-la ao ambiente, explicando-lhe o significado dos equipamentos, sua importância para o tratamento, apoiando-a e encorajando-a na expressão dos seus sentimentos<sup>(10)</sup>. Logo, todos os profissionais envolvidos no cuidado com o RN internado devem estar cientes das normas humanísticas.

O carinho entre a mãe e o bebê, o resgate do vínculo é possível com o toque, uma das ferramentas mais eficazes para estimular essa ligação, sendo necessário ser estimulado ainda dentro da UTIN pelo enfermeiro e sua equipe. O toque tem um papel fundamental na vida do ser humano. O contato de pele a pele tem a possibilidade de transmitir mensagens ao outro, sobre como estamos nos sentindo. O tato assume assim, um papel muito importante no desenvolvimento do RN<sup>(19)</sup>.

Nas tentativas de interação entre mãe-bebê, a mãe pode utilizar vários comportamentos com o objetivo de chamar a atenção do RN, entre eles, chamar pelo nome do bebê, vocalizar, propor brincadeiras, sorrir, acariciar, mostrar objeto e posicionar o rosto diante do rosto do bebê.

Em um estudo, autores afirmam que quando um bebê pré-termo é tocado durante sua permanência na UTIN, por 10 minutos, três vezes ao dia, este poderá apresentar níveis mais baixos de sono ativo, de atividade motora e de comportamento de estresse<sup>(17)</sup>. Sustentam que ao tocar e/ou conversar com o RN, o mesmo poderá apresentar menos falhas na respiração, ganho de peso, alteração da motilidade intestinal e do choro e um progresso mais rápido em algumas áreas de funcionamento cerebral<sup>(19)</sup>.

O cuidado materno constitui um conjunto de ações imprescindíveis no campo biopsicossocial e ambiental que permite a atenção integral para o RN desenvolver-se bem ao lado da figura materna. Sabe-se que a manutenção do vínculo mãe-filho é essencial, pois a presença da mãe proporciona segurança, equilíbrio emocional e recuperação do seu bebê, durante todo o período de internação<sup>(20)</sup>.

Ressalta-se também que o bebê necessita de cuidados e providências a serem implementados para estabelecer um sono tranqüilo, alimentação e higiene adequada, além de outros cuidados específicos de UTIN. Distinguir e saber interpretar corretamente os sinais que o RN emite é imprescindível para os profissionais que convivem com o bebê dentro da unidade neonatal, tanto para recuperação da saúde, como bem-estar do RN e sua da família.

Nas primeiras horas e semanas de vida evidencia-se o quão importante é a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho. Ao vivenciar o período puerperal, a mãe deve ser acompanhada para aprender a cuidar de si e do filho recém-nascido logo após o parto, atendendo às necessidades de ambos, porém, esse processo torna-se difícil quando acontece uma quebra desse sistema, ou seja, quando ocorre um parto prematuro e o bebê interna-se em uma UTIN.

É fundamental que o profissional enfermeiro garanta um espaço de escuta para os acompanhantes dos neonatos, busque minimizar o impacto que a internação dos bebês implica para suas famílias; contribua para o estreitamento do vínculo mãe-filho e/ou pai-filho, estimulando a adesão ao Método Canguru; estimule o aleitamento materno, bem como a doação de leite materno ao Banco de Leite da unidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo tratou-se de um assunto abrangente e complexo, que se delineou uma assistência humanizada no cenário hospitalar, bem como se utilizou da ferramenta de promoção da saúde articulada entre profissional, paciente (RN), mãe e familiares.

Acredita-se ser importante o desenvolvimento da promoção da saúde como uma tecnologia de relações que permite a re-significação dos propósitos e das ações,

buscando uma integralidade da assistência. Neste sentido, a tecnologia quando associada às relações humanas, enquanto interpessoais aprimora a construção de um novo saber e fazer, contribuindo para um “novo olhar” sobre o cuidar, apontando na direção de um novo paradigma.

Dentro desta óptica, deve-se usar a tecnologia a favor da harmonização do paciente e do seu bem-estar. Os recursos tecnológicos estão cada vez mais avançados, logo, deve-se valorizar a técnica, como uma “aliada” na tentativa de preservar a vida e o conforto do paciente. O enfermeiro, no desempenho de seu papel, deve sempre lembrar, que jamais a máquina substituirá a essência humana, bem como a comunicação efetiva nesse processo é fundamental.

Proporcionar visita ao RN enfermo e explicar à mãe o significado dos equipamentos, sua importância para o tratamento, é uma estratégia de se promover uma assistência humanizada em um ambiente que predomina a atenção à máquina. Esta aproximação mãe/bebê favorece condições de relacionamento, estabelece credibilidade, confiança e pontos de apoio em momentos difíceis, diminui a tensão e a angústia, referendando o cuidado dirigido de forma humana.

Ressalta-se que o avanço tecnológico na área da saúde é uma grande conquista, indispensável para propiciar uma melhor qualidade de vida ao paciente assistido, no entanto, deve-se associar esta tecnologia a favor do resgate da natureza humana.

Cuidar de criança em UTIN não se resume à sua sobrevivência. A efetivação de assistência muitas vezes é dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde, para atendimento das novas necessidades de trabalho, bem como pela ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas de atenção à saúde, na perspectiva da transformação.

## REFERÊNCIAS

1. Meier MJ. Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito [tese]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
2. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletr Enf.* 2006; 8(3):422-30.
3. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Nietzsche EA, Leopardi MT. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2000; 9(2):25-41.
5. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- método mãe-canguru. Brasília, 2001.
6. Ministério da Saúde (BR). Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde. Brasília, 2002.
7. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1):163-77.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médica; 2004.
9. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado na UTI neonatal. *Rev Eletr Enferm.* 2007; 9(1):200-13.
10. Rolim KMC, Campos ACS, Oliveira MMC, Cardoso MVLML. Sensibilizando a equipe de enfermagem quanto ao cuidado humanizado ao binômio mãe e filho: relato de experiência. *Enf Atual.* 2004; 4(21):30-3.
11. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
12. Brum EHM, Schermann L. Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. *Sci Med.* 2005; 15(1):60-7.
13. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12(3):469-76.
14. Lima HF, Rocha LS, Lima MI. Experiência de pais no cuidar de RN na UTI neonatal: Passando o meu amor, a minha força e minha energia, ele se recupera mais rápido [monografia]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2004.
15. Souto KC, Cardoso MVLML, Oliveira MMC. Sentimentos do ser pai de recém-nascido prematuro. *Rev Rene.* 2006; 7(3):49-55.

16. Oliveira OS, Nóbrega MML, Silva AT, Ferreira Filha MO. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev Eletr Enferm.* 2005; 7(1):54-63.
17. Schumacher B. UTI neonatal: espaço cênico de um espetáculo de dança. *Texto & Contexto Enferm.* 2002; 11(3):27-35.
18. Harrison L, Williams A, Berbaum M, Stem J, Leeper J. Physiologic and behavioral effects of gentle human touch on preterm infants. *Res Nurs Health.* 2000; 23: 435-46.
19. Lanzillotti SL, Shiratori K. Estímulo tátil- contenção facilitada: o cuidado de enfermagem em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso. *Enfermería Global*; [online] 2006 [acesso 2009 mar 22]; (8). Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/329/436>.
20. Oliveira MMC, Cardoso MVLML. Cenários distintos na assistência ao recém-nascido de baixo peso: da unidade de terapia intensiva à enfermaria mãe-canguru. *Rev Rene.* 2002; 3(2):91-7.

**RECEBIDO:** 26/01/2009

**ACEITO:** 02/06/2009

## ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS INSTITUCIONALIZADOS: ANÁLISE COM FOCO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*THE LIFESTYLE OF INSTITUTIONALIZED HYPERTENSIVE ELDERLY – AN ANALYSIS FOCUSING ON HEALTH EDUCATION*

*ESTILO DE VIDA DE ANCIANOS HIPERTENSOS INSTITUCIONALIZADOS – ANÁLISIS ENFOCADO EN LA EDUCACIÓN EN SALUD*

JULIANA LIMA FONTELES<sup>1</sup>

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS<sup>2</sup>

MARLUCILENA PINHEIRO DA SILVA<sup>3</sup>

*A hipertensão arterial é controlada com o estilo de vida saudável. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que descreveu a percepção de 21 idosos hipertensos sobre estilo de vida, com vista ao controle da hipertensão arterial, que frequentavam o Lar da Melhor Idade, em Aquiraz-CE. A idade dos idosos variou entre 60 e 83 anos, eram seis homens e quinze mulheres. Para estes, estilo de vida consistia no conjunto de atos e atitudes pertinentes à realidade de cada um e que convergiam para a sobrevivência – trabalho, sono e repouso, alimentação, aquisição de recursos financeiros. Oito idosos associavam estilo de vida saudável ao consumo de alimentos salubres, à saúde, ao bem-estar, ao lazer, prática de exercício físico regular, abstenção de bebidas alcoólicas e de tabagismo. Logo, o estilo de vida saudável na concepção dos sujeitos ultrapassou a questão da saúde, e emergiu de suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas.*

**DESCRIPTORIOS:** Estilo de vida; Saúde do idoso; Hipertensão; Atenção à saúde.

*Arterial hypertension is controlled with healthy life style. This qualitative descriptive study aimed at describing the perception of the 21 hypertensive elderly about lifestyle, for the control of hypertension, attending a daycare center called Lar da Melhor Idade, in Aquiraz-CE. The age of the elderly varied between 60 and 83 years. Six of them were man and fifteen were women. For those, the lifestyle consisted of a set of acts and attitudes concerning the daily reality of each one, regarding survival issues such as working, sleeping, resting, eating and economic situation. Eight elderly subjects associated healthy lifestyle to the consumption of healthy food, to health, to well being, to leisure, to regular practice of physical exercise and to alcohol and tobacco abstinence. Therefore, the healthy lifestyle in the conception of the subject exceeded the health matter and emerged from their beliefs, principles, and their socioeconomic conditions.*

**DESCRIPTORS:** Life style; Health of the elderly; Hypertension; Health care.

*La hipertensión arterial es controlada con un estilo de vida sano. Estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, que describió la percepción de 21 ancianos hipertensos relativo a estilo de vida, buscando el control de la hipertensión, que frecuentaban el Hogar de la Mejor Edad, en Aquiraz-CE. La edad de los ancianos variaba entre 60 a 83 años, eran seis hombres y quince mujeres. Para ellos, estilo de vida consistía en un conjunto de actos y actitudes pertinentes a la realidad de cada uno y que convergían para la supervivencia: trabajo, sueño y reposo, alimentación, adquisición de recursos financieros. Ocho personas mayores asociaban estilo de vida sana al consumo de alimentos salubres, a la salud, al bienestar, al ocio, hacer ejercicio físico con regularidad, abstenerse de alcohol y de tabaco. Por lo tanto, el estilo de vida saludable según la concepción de los sujetos fue más allá de la cuestión de la salud, y surgió de sus creencias, sus valores y sus condiciones social-económicas.*

**DESCRIPTORES:** Estilo de vida; Salud del anciano; Hipertensión; Atención a la salud.

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Ceará-FIC e da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará-FAECE. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial-NUESPHA. Rua Jonas Sampaio, 315 Casa 4 José de Alencar. CEP 60.000-000. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: jufonteles@terra.com.br

<sup>2</sup> Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Líder do NUESPHA. Rua Gonçalves Ledo 1635, Aldeota. CEP 60.110-261. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal do Amapá-UNIFAP. Membro do NUESPHA. Rua Henriqueta Galeno 1000 Apto 701 Aldeota. Cep 60.000-000. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: marlucilena@unifap.br.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um dos fenômenos de maior impacto no início deste século. Baixa nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, a melhoria das condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia são os principais determinantes do processo de envelhecimento da população brasileira. Com isto faz-se necessário compreender e atuar sobre esse fenômeno e suas implicações, não só pelo aspecto demográfico, mas também do ponto de vista social, psicológico, biológico, econômico, político, histórico e cultural<sup>(1)</sup>.

Atualmente, as condições de vida e de saúde da população mundial têm melhorado consideravelmente, levando ao envelhecimento populacional. Alguns fatores interferem nessa situação, como progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública. Todavia, ainda permanecem profundas desigualdades incontestáveis nas condições de vida e saúde entre os países, e dentro deles entre as suas regiões e estados.

O crescimento da população de idosos em números absolutos e relativos é um fenômeno mundial e cresce sem precedentes. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e em 1998 esse número passou para 579 milhões de pessoas, um crescimento de mais de 8 milhões de idosos por ano. Sendo assim, as projeções indicam que em 2050 serão mais de 1.900 milhões de idosos<sup>(2)</sup>.

“No processo de envelhecimento, inúmeros agravos à saúde poderão surgir em decorrência das várias alterações fisiológicas e funcionais, peculiares ao grupo de idosos, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas. O resultado desta constatação implica uma demanda crescente por serviços de saúde, que frequentemente exigem intervenções onerosas, envolvendo tecnologia complexa”<sup>(3: 244)</sup>.

O envelhecimento pode estar associado à perda da beleza, da capacidade física, à instalação de processos patológicos e de outros fatores que colaboram para que o ser humano se sinta frustrado em face dessa realidade, pois de forma irreversível vai se instalando diariamente, tornando claras e inequívocas as mudanças e limitações característi-

cas dessa época da vida. Esse processo é definido como um “conjunto de alterações experimentadas pelo organismo vivo do nascimento à morte. Segundo sociólogos e psicólogos, existem alterações independentes do processo biológico, como as sociais, psicológicas, espirituais que são tão importantes quanto o aspecto biológico no processo de envelhecimento”<sup>(4:118)</sup>. Sendo assim, resgatar as virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com qualidade de vida individual e social têm sido preocupações freqüentes do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento, e que vêm assumindo relevância, com vista ao aumento da expectativa de vida.

O aumento da longevidade tem contribuído para a transição demográfica da população brasileira. Atualmente, os idosos representam grande e crescente parcela da população. Porém, é nessa população que se observa a maior prevalência de doenças crônicas, como a hipercolesterolemia, arterosclerose, *diabetes mellitus* do tipo II, e hipertensão arterial sistêmica (HAS)<sup>(5)</sup>.

É considerado hipertenso todo indivíduo com mais de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 135 mmHg, ou com pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 85 mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas por consulta na posição sentada, repetindo o procedimento em duas ou mais visitas antes de confirmar o diagnóstico. Indivíduos que apresentem níveis pressóricos de 130 a 139 mmHg para PAS e 85 a 89 mmHg para PAD devem ser reavaliados após 6 meses e cabe ao profissional responsável estimular mudanças no estilo de vida<sup>(6)</sup>.

A HAS, associada ao estilo de vida inapropriado, apresenta custos socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e renal crônica e doenças vasculares. Alguns fatores de risco são atribuídos para elevação da pressão arterial: aumento da idade, sexo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, consumo excessivo de sal e estresse<sup>(6)</sup>.

A HAS pode interferir diretamente nas diversas esferas da vida da pessoa, e de seus familiares, em decorrência da cronicidade, do tratamento por tempo indeterminado, e da possibilidade de complicações agudas e crônicas. Logo,

a qualidade de vida da pessoa hipertensa poderá ser afetada pelos efeitos colaterais das drogas, pelas doenças associadas, pela necessidade de mudanças de estilo de vida adequadas ao controle da HAS.

Com o aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas seqüelas, os objetivos da atenção à saúde passaram a ser questionados, sendo que cada vez mais esses objetivos têm deixado de ser simplesmente a “cura” e passando a ser a “melhoria da qualidade de vida” das pessoas<sup>(7)</sup>. Ressaltando a condição atual, na qual a HAS presente neste século encontra-se em proporções epidêmicas nos adultos em sociedades industrializadas, estudos têm sido conduzidos para a intervenção de medidas não-medicamentosas, como mudanças no estilo de vida no sentido de prevenir os riscos decorrentes desse agravo<sup>(8)</sup>.

Para o controle da HAS, é indicada a adoção de um estilo de vida saudável e frequentemente associado ao uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, poucas pessoas hipertensas são aderentes, e aqueles que aderem, o faz durante algum tempo, e muito deles de forma inadequada. De modo geral, os idosos hipertensos não conseguem seguir estas condutas de controle, e, sobretudo, adotar um estilo de vida saudável, em decorrência da manutenção de hábitos antigos, déficit de conhecimento e do cuidado de familiares. Este fato é preocupante em detrimento do iminente envelhecimento populacional, em que ascende a prevalência desse agravo.

Diante dessa realidade, questionamos: o que os idosos entendem sobre estilo de vida? Como estes percebem o estilo de vida com vista ao controle da HAS? Então, com base nestes questionamentos, optamos por este estudo com o objetivo de descrever a percepção de idosos hipertensos sobre estilo de vida, com vista ao controle da HAS.

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Lar da Melhor Idade, uma instituição sem fins lucrativos, situada em Aquiraz – CE, mantida pela prefeitura local, com capacidade para 70 idosos, que permaneciam durante o dia, retornando ao domicílio ao final da tarde. Nesta instituição eram desenvolvidas atividades laborais, tais como oficinas de arte, terapia ocupacional e grupos de teatro.

Para identificação dos participantes, realizamos uma triagem nas fichas dos idosos que freqüentavam a instituição citada, para o levantamento daqueles portadores de HAS. Dos 70 idosos, 27 eram hipertensos e apresentavam condições psico-emocionais para responder aos questionamentos. No entanto, 21 aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados, entre agosto e dezembro de 2008, na instituição citada, através de uma entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões norteadoras: O que o(a) senhor(a) entende sobre estilo de vida? Como o (a) senhor(a) descreve um estilo de vida saudável? Como o (a) senhor(a) avalia o seu estilo de vida com vista ao controle da HAS? As entrevistas foram gravadas, conforme o consentimento prévio dos informantes.

As informações foram organizadas em categorias analíticas e a análise fundamentou-se nos pressupostos da educação em saúde e na literatura pertinente.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS. Aos participantes foi assegurado o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejassem, e as entrevistas foram realizadas após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob o número 061/2008.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Caracterização dos idosos

A idade dos idosos variou entre 60 e 83 anos, seis eram homens e quinze mulheres, treze eram negros e oito brancos.

A prevalência da HAS cresce progressivamente com a idade, chegando a acometer 60% ou mais dos indivíduos idosos. No Brasil, cerca de 65% dos idosos são hipertensos, e entre as mulheres maiores de 75 anos, a prevalência pode chegar a 80%. Quanto maior a idade, maior a prevalência de hipertensão sistólica isolada. Mulheres e negros apresentam maior freqüência desse subtipo de HAS, quando comparados a homens e brancos, respectivamente<sup>(9)</sup>.

Menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são também possíveis fatores associados a esta

prevalência<sup>(10)</sup>. Em nosso estudo, dez idosos eram analfabetos, dez iniciaram o ensino fundamental e um o ensino médio. Os idosos possuíam renda familiar mensal variando de um a dois salários mínimos vigentes (R\$ 415,00), oriunda da aposentadoria do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, e dezoito residiam em imóvel próprio, com cônjuge e/ou outros familiares, e os demais moravam somente com filhos. O baixo nível socioeconômico também está associado à maior prevalência de HAS e dos seus fatores de risco, bem como hábitos dietéticos, incluindo o consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea (IMC) elevado e estresse psicossocial<sup>(6)</sup>.

### Concepção sobre estilo de vida

Para os idosos, estilo de vida consistia do conjunto de atos e atitudes pertinentes à realidade de cada um e que convergiam para a sobrevivência – trabalho, sono e repouso, alimentação, aquisição de recursos financeiros, aptidão. ... *é trabalhar, ser ativo ... eu queria tanto trabalhar viu, eu sou acostumado desde cedo na roça ..., sabe com quantos anos eu fui para a roça pela primeira vez? com 10 anos, e até hoje se me deixassem eu continuava a ir ... mas minha filha não deixa mais* (JS, 68 anos). ... *estilo de vida é viver a vida todo dia, trabalhar, dormir, comer... é só isso que eu acho, me desculpe, mais eu só meio burro minha filha, você acredita que aprendi a escrever meu nome aqui no lar, antes eu nem sabia escrever nem meu nome, pois aprendi aqui, e devagarzinho a gente vai melhorando cada vez mais ...* (JE, 80 anos).

Para entendermos o estilo de vida, é importante inseri-lo em um contexto social da saúde, deslocando-se do modelo centrado na doença. O novo paradigma que contempla a complexidade, a determinação social e a visão holística do ser vêm ganhando mais espaço dentro dessa perspectiva, sendo cada vez mais preconizado nas conferências de saúde<sup>(2)</sup>.

Para os idosos, estilo de vida saudável ultrapassa a questão da saúde e emerge na subjetividade do sujeito, nas suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas, bem como na sua aptidão física. Para eles a saúde estava relacionada ao trabalho, ao dinheiro e à sobrevivência. ... *é trabalhar, ganhar dinheiro, sobreviver ... por isso que eu ainda trabalho, porque só com o dinheiro da aposentadoria não dá ... não sobra nem para comer direito, a gente tem que aumentar a*

*renda de qualquer jeito ... e o que eu sei fazer é pegar na enxada de verdade ...* (JBS, 74 anos).

Em todos os países existe uma preocupação com o envelhecimento da população. Pesquisadores empenham-se na formulação de estudos que possam favorecer um envelhecimento saudável e ativo, pautado em experiências positivas e oportunidades seguras de saúde, com potencial para bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, com desenvolvimento e valorização de capacidades entre as pessoas idosas<sup>(11)</sup>. Contudo, renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social podem dificultar a adoção de um estilo de vida saudável.

Todavia, o estilo de vida, dentre outros fatores, envolve a subjetividade, no seu contexto social, e o processo saúde-doença perpassa pela dimensão psicoemocional, que não pode e não deve ser subestimada ou ignorada pela equipe de saúde. Logo, os agravos à saúde não se resumem apenas em seus aspectos fisiopatológicos, pois estes têm associação com os demais aspectos – psicológico, espiritual e social.

### Descrição de um estilo de vida saudável

Entre os idosos em estudo, oito associavam estilo de vida saudável ao consumo de alimentos salubres, que eram recomendados pelos profissionais de saúde que os acompanhavam. ... *é a gente fazer as coisas certas para não adoecer, tem que comer direito, do jeito que o médico manda, tem que ter ma boa alimentação* (MAO, 70 anos). ... *acho que é fazer o que os médicos mandam, botar pouco sal na comida, comer sem sal, sem doce, não comer batida, nem rapadura mais eu como isso todo dia, é bom demais...* (LMA, 69 anos).

Um dos fatores mais importantes no controle da HAS é a redução do consumo de gordura, bem como da ingestão de sódio na dieta. Em um estudo semelhante a este realizado com idosos, observou-se que o consumo elevado de sódio tinha uma parcela significativa de influência na elevação dos índices pressóricos, bem como a associação deste com o excesso de peso<sup>(12)</sup>.

Alguns idosos preferiam continuar com hábitos alimentares insalubres, embora tivessem conhecimento daqueles saudáveis. Para o seu tratamento, além da medicação prescrita, os profissionais de saúde devem recomendar a adoção de práticas que possam minimizar os fatores de

risco acima citados. Assim sendo, o indivíduo hipertenso, para tratar ou prevenir-se das complicações da HAS, deve adotar hábitos saudáveis, além de adaptar o estilo de vida às condutas de controle deste agravo.

Os sujeitos ao descreverem seu estilo de vida, o relacionaram com a adoção de hábitos saudáveis prescritos pelo profissional de saúde responsável por estes, como uma alimentação saudável. Contudo, a incorporação pelos idosos de hábitos saudáveis em seu estilo de vida, é facilitada pelas ações de educação em saúde implementadas pela equipe de saúde. Dentre estas ações, a estratégia grupo representa uma ferramenta importante no processo educativo, com vista à promoção da saúde da população<sup>(13)</sup>.

É preciso ter em mente a manutenção da motivação do usuário hipertenso na adesão ao tratamento, pois esta é uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam no cuidado com esta clientela, e que maioria apresenta outras co-morbidades, como diabetes *mellitus*, dislipidemias e obesidade, que trazem implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada e mudanças no estilo de vida<sup>(6)</sup>.

Observamos no discurso de alguns idosos estudados que, apesar do conhecimento sobre condutas adequadas a seguir, estes não as seguem, nos revelando a necessidade de ações educativas em saúde voltadas a essa parcela da população.

A ação educativa em saúde deve ser um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação de grupos em busca da melhoria das condições de saúde, e, neste processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde estimulando o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação<sup>(13)</sup>.

Percebemos nos sujeitos do estudo a necessidade do desenvolvimento de ações educativas em saúde, com vista ao empoderamento destes. A educação em saúde consiste em um meio de conduzir a clientela à mudança de comportamento, permitindo-lhes aumentar a habilidade

de engajar-se no autocuidado, responsabilizando-se pela promoção de sua saúde e bem-estar<sup>(14)</sup>.

A educação em saúde deve ser uma educação crítica e transformadora, entendendo a pessoa como agente promotor desse tipo de aprendizagem, visando atender suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva<sup>(15)</sup>. É importante ressaltar que na educação individual como em grupo a escuta é imprescindível, constituindo a etapa inicial para que o diálogo possa ser estabelecido, possibilitando ao educador perceber o conhecimento da clientela, a fim de direcionar futuras práticas educativas<sup>(14)</sup>.

Para outros idosos, estilo de vida saudável estava relacionado à saúde, ao bem-estar repleto de paz e tranquilidade e ao lazer. ... *eu acho que é a gente poder ter saúde, poder passear, por que é bom a gente se distrair, parar de pensar nos problemas que a gente tem...* (FIC, 64 anos). *Para mim é a gente ter lazer, o povo levar a gente para passear ... ter paz também, não se aborrecer com nada, por que não tem coisa pior ...* (JCF, 60 anos).

Os discursos acima nos mostram a busca pelo bem-estar físico, mental e social por parte dos idosos, quando relatam que o lazer os afasta dos problemas, o que para eles reflete positivamente na saúde.

A promoção de saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social, assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades, sendo importante salientar que muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor de saúde.

Outro fator a ser considerado, é que saúde para a pessoa idosa não se restringe apenas ao controle e a prevenção de doenças, para esta população saúde é a interação entre a saúde física, a mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Estes atributos emergiram nos depoimentos dos idosos. ... *poder trabalhar para não pensar em besteira, para ocupar a cabeça, eu penso que isso é bom...* (FIC, 64 anos). ... *ter saúde ... também a gente ter um dinheirinho nosso para comprar nossas coisinhas ....* (JE, 74 anos). ... *primeiramente é a gente não ter preocupação, depois é ter nossa casa própria, ter nosso sustento, que é muito importante ... pois eu ganho só mesmo um salário, mais se a gente gasta direitinho, dá para comprar tudo que a gente precisa* (EAM, 60 anos). ... *ter alguém para cuidar da gente, por que senão a gente pode adoecer e morrer a mingua...* (MAO, 70 anos).

Em estudo realizado com 220 usuários hipertensos deu serviço de saúde, em 81% destes foi confirmada a influência do estado emocional no descontrole da HAS<sup>(16)</sup>. Segundo esses autores, esse achado evidencia o grande impacto do estado emocional no bem-estar do indivíduo, e que frente a fortes emoções o organismo pode desencadear inúmeras reações ou agravos, dentre estes, os cardiovasculares.

### Auto-avaliação do estilo de vida

Os idosos associavam saúde e bem-estar ao convívio no Centro de Convivência. Para estes, o convívio possibilitou a promoção da saúde e do seu bem-estar, por meio da socialização de momentos agradáveis, de mútua ajuda, que contribuíram para debelar a solidão e amenizar as preocupações com os problemas familiares. ... *eu venho para casa da melhor idade e não me sinto só, aqui a gente se diverte, todo mundo se ajuda... é bom isso, a gente ter paz e saúde...* (EAM, 71 anos). ... *aqui tenho paz, pois melhorou quase 100% depois que eu entrei aqui, por que não me sinto mais só, e ainda como direitinho, tenho minhas amigas para conversar...* (MJ, 68 anos). ... *apesar das dificuldades que a gente enfrenta nesse mundo de meu Deus, eu acho que vou levando uma vida com saúde... o ruim às vezes é só a solidão...* (M.I., 76 anos).

Diante destes discursos, percebemos a importância da criação de ambientes favoráveis a esta população. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) assegura direitos sociais ao idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e garantindo o direito à saúde. De acordo com a PNSI, é competência do Ministério da Saúde (MS) estruturar centros de referência com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento, bem como desenvolver políticas de prevenção, para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde, desenvolvendo e apoiando programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso, de forma a estimular, dentre outros fatores, o auto-cuidado, para que este possa desempenhar de forma ativa seu papel na sociedade<sup>(10)</sup>.

Na concepção de outros idosos, o consumo de alimentos salubres, prática de exercício físico regular, abstenção de bebidas alcoólicas e de tabagismo justificavam

um estilo de vida saudável. ... *tirando as coisinhas erradas que a gente faz de vez em quando, como comer um pirãozinho, uma carniinha mais gorda... eu acredito que seja, por que o pior que era para mim, a bebida eu deixei... e o cigarro também...* (MLA, 75 anos). ... *eu acho que tenho estilo de vida saudável, porque eu não bebo e também não fumo...* (MAO, 78 anos). ... *as coisas que eu venho fazendo são boas para mim, eu não estou comendo essas coisa que faz mal à saúde, que é gordura, sal... pois eu estou comendo fruta e verdura* (AFO, 77 anos).

Para outro participante, o seu estilo de vida era inadequado e este o relacionava ao sedentarismo e à alimentação desbalanceada. ... *eu não acho meu estilo de vida saudável, porque a minha alimentação não está boa não, e também eu não faço caminhada, quando eu não estou aqui, fico só deitada...* (MCA, 69 anos).

Com o processo da industrialização, existe um crescente número de pessoas que se tornam sedentárias com poucas oportunidades de praticar atividades físicas. Diversos autores têm demonstrado associação entre sedentarismo e agravos cardiovasculares, câncer, diabetes dentre outros. Estudos demonstram que o sedentarismo no lazer está associado à HAS e *diabetes mellitus*, além de ser mais prevalente em mulheres, idosos e pessoas de baixa escolaridade<sup>(17)</sup>.

### Adesão às condutas de um estilo de vida saudável com vista ao controle da HAS

As condutas terapêuticas de controle da HAS são análogas às de um estilo de vida salubre: uso adequado de sal, consumo de gordura vegetal, ingestão adequada de café ou de bebidas que contenham cafeína (100ml ao dia), preferência por vegetais e por carnes brancas, uso de adoçantes dietéticos, abstenção do álcool e do tabaco, exercício físico regular, gerenciamento do estresse e uso regular do medicamento<sup>(18)</sup>.

A adesão às condutas citadas era parcial entre os idosos, porque vinte eram abstinente de bebidas alcoólicas, quinze preferiam carnes vermelhas e vegetais, treze ingeriam a quantidade adequada de café ao dia, cinco faziam uso de adoçantes dietéticos e seis idosos praticavam regularmente exercício físico. Todavia, os idosos não eram tabagistas, e faziam uso regularmente da medicação anti-hipertensiva.

O tratamento não-medicamentoso compõe-se de hábitos de vida saudáveis, tais como a abstenção de bebidas alcoólicas e do tabagismo, a redução da ingestão de sódio, controle do peso, a prática do exercício físico e o gerenciamento do estresse psicoemocional<sup>(6)</sup>.

Entre os idosos, onze relataram adoção de condutas gerenciadoras de estresse. Outros autores enfatizam a relação do estresse com a HAS, e estes o definem como “a soma das reações biológicas a qualquer estímulo, físico, mental ou emocional, interno ou externo, que tende a perturbar a homeostase, onde as reações compensatórias podem ser inadequadas ou inapropriadas, levando a doenças”<sup>(19:97)</sup>. Sendo assim, a dificuldade de expressar os sentimentos hostis contribui para gerar o quadro clínico da HAS. Logo, o estresse e a ansiedade são aspectos emocionais que podem induzir estilos de vida com a qualidade de saúde comprometida, como no caso da HAS e suas complicações.

O objetivo fundamental na atenção à saúde do idoso é conseguir manter seu bom estado de saúde, com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa na comunidade junto à família, com o maior grau possível de autonomia, de independência física, psíquica e social<sup>(20)</sup>. Para tanto, segundo as autoras, cabe às autoridades competentes intensificar suas ações no processo de educação em saúde com vistas a se manter o padrão de qualidade de vida compatível com os recomendados pelo Estatuto do Idoso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção dos idosos sobre estilo de vida saudável consistia em um conjunto de atos e atitudes concernentes à realidade de cada um, como questões relacionadas à sobrevivência. Isto nos leva a crer que o estilo de vida saudável na concepção do grupo ultrapassou a questão da saúde e emergiu na subjetividade dos participantes, nas suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas, bem como na sua aptidão física.

Não podemos deixar de ressaltar o papel das entidades geriátricas no bom funcionamento físico, mental e social dos idosos. Observamos no discurso de alguns sujeitos a satisfação com a permanência no Centro de Referência em questão e o quanto o convívio com o grupo interferiu positivamente na qualidade de vida dos mesmos.

Constatamos também que a adesão às condutas de um estilo de vida saudável era parcial entre os idosos, principalmente em relação à prática da atividade física e o gerenciamento do estresse, pois apenas seis e onze idosos, respectivamente, relataram aderirem as condutas acima citadas.

Com vista a essa realidade, torna-se essencial o desenvolvimento de ações e estratégias de educação em saúde voltadas a grupo de idosos hipertensos, visando ao empoderamento para o autocuidado, com o objetivo de informá-los e conscientizá-los da necessidade e importância da adoção de um estilo de vida saudável, da mudança de hábitos e comportamentos de saúde no controle e prevenção da HAS e dos possíveis agravos.

## REFERÊNCIAS

1. Rauth J, Rodrigues N. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.108-20.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. [citado 2008 out 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>.
3. Oliveira SMJ, Santos JLE, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(2):241-9.
4. Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a Teoria Transcultural de Leininger. *Rev. Rene* 2007; 8(3):117-25.
5. Mostarda C, Wichi R, Sanches IC, Rodrigues B, Angelis K, Irigoyen MC. Hipertensão arterial e modulação autonômica no idoso: papel do exercício físico. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(1):55-60.
6. Esteves JP, Santos RAS, Gordan P. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(4):260-312.
7. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas

- de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(2):128-36.
8. Campane RZ, Gonçalves A. Atividade física no controle da hipertensão arterial. *Rev Bras Méd.* 2002; 59(8):561-7.
  9. Miranda RD, Gomes RAF, Feitosa AMD, Gomes MAM, Uehara CA. Hipertensão sistólica isolada e risco associado ao acidente vascular encefálico: implicações para o tratamento. *Rev Bras hipertens* 2009; 16(1):29-33.
  10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p.
  11. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene* 2008; 9(2):113-9.
  12. Cabral PC, Melo AMCA, Amado TCF, Santos RMAB. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. *Rev Nutr.* 2003; 16(1):61-71.
  13. Moreira CT, Machado MFAS, Becker SLM. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. *Rev Rene.* 2007; 8(3):107-16.
  14. Santos ZMSA, Barroso MGT. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, editores. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p. 35-42.
  15. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV (Organizadoras). Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p. 25-31.
  16. Teixeira ER, Silva JC, Lamas AR, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(3):378-84.
  17. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(3):870-7.
  18. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev Rene.* 2008; 9(1):60-8.
  19. Sparrenber GF, Moreira LB, Canepelle MCGL. Associação entre estresse e hipertensão. *Rev Soc Bras Hipertens.* 2004; 7(3):96-9.
  20. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(2):327-35.

**RECEBIDO:** 25/06/2009

**ACEITO:** 15/09/2009

## FATORES QUE INTERFEREM NO ALEITAMENTO MATERNO

### FACTORS WHICH INTERFERE IN BREASTFEEDING

### FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA LACTACIÓN MATERNA

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA<sup>1</sup>

FABIANNE LOPES DA COSTA<sup>2</sup>

SIMONE DANTAS SOARES<sup>3</sup>

OSVALDO ALBUQUERQUE SOUSA FILHO<sup>4</sup>

CONCEIÇÃO DE MARIA DE ALBUQUERQUE<sup>5</sup>

CÍNTIA FREITAS CASIMIRO<sup>6</sup>

*Estudo qualitativo que objetivou identificar os fatores relacionados ao desmame precoce entre os menores de seis meses de vida. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas junto a 20 mães de crianças menores de seis meses em desmame precoce no período de agosto a novembro de 2007. Os resultados apontam alguns fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo: a má interpretação do choro do lactente relacionando-o à fome; insuficiência do leite materno; a necessidade dessas mães trabalharem para ajudar nas despesas de casa; dificuldades relacionadas às mamas; a recusa do seio por parte da criança. Concluiu-se, que apesar do conhecimento materno acerca dos benefícios do leite materno e da importância de amamentá-los exclusivamente durante os seis meses de vida, elas vivenciam algumas dificuldades, nas quais se percebem contradições entre posicionamentos favoráveis e desfavoráveis, dúvidas e dificuldades à prática do aleitamento materno.*

**DESCRIPTORIOS:** Aleitamento materno; Desmame Precoce; Assistência a saúde.

*This is a qualitative study that aimed to identify the factors related to early weaning among babies less than six months of age. The data were collected through semi-structured interviews with 20 mothers of children under six months in early weaning, in the period of August to November 2007. The results suggest some factors that interfere in the exclusive breastfeeding: misinterpretation of baby's cry linking it to hunger; inadequacy of milk, the need for such mothers to work to help with home expenses; difficulties related to the breast; refusal to the breast from the child. It was concluded that despite the knowledge about the benefits of breast milk and the breastfeeding importance during the first six months of life, they experience some difficulties, in which it is perceived contradictions between favorable and unfavorable positions, doubts and difficulties during breastfeeding.*

**DESCRIPTORS:** Breast feeding; Weaning; Delivery of health care.

*El propósito de este estudio cualitativo fue identificar los factores relacionados con el destete antes de tiempo entre niños menores de seis meses de vida. Los datos fueron recogidos a través de entrevista estructurada en parte y con la participación de 20 madres de niños menores de seis meses en proceso de destete antes de tiempo, entre los meses de agosto a noviembre del 2007. Los resultados señalaron algunos factores que interfieren en la lactación materna exclusiva: la interpretación equivocada del llanto del lactante relacionándolo a estar con hambre; insuficiencia de leche materna; la necesidad de trabajar que tienen esas madres ya que ayudan con los gastos de la casa; dificultades relacionadas con las mamas; rechazo del pecho por parte del niño. Se concluyó que, a pesar de la madre saber sobre los beneficios de la leche materna y la importancia de amamentarlos exclusivamente durante los seis meses de vida, ellas viven algunas dificultades, en las cuales se notan contradicciones entre posicionamientos favorables y desfavorables, dudas y dificultades en la práctica de la lactación materna.*

**DESCRIPTORIOS:** Lactancia materna; Destete; Prestación de atención de salud.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta do Mestrado em Saúde Coletiva e do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Av. Washington Soares, 1321 Edson Queiroz CEP: 60.811-905. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: mirnafrota@unifor.br

<sup>2</sup> Enfermeira. SOS – Socorros Médicos. Rua Eduardo Angelim, 361 Montese CEP: 60.420-260. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: fabianne\_costa@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Vigilante à Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA. Av. Sargento Hermínio 1511 Ap 312 Bloco B. Monte Castelo. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: simone\_ds@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeiro assistencial do Instituto Dr. José Frota. Professor do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGE. Mestre em Educação em Saúde. Rua Manoel Jacaré, 150 Apto. 1401 CEP: 60.175-110. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: osvaldoasf2005@oi.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UNIFOR. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Av. Edilson Brasil Soares – Edson Queiroz CEP: 60.834-220. Brasil. E-mail: conceicaodealbuquerque@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Discente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista da FUNCAP. Rua Primeiro de Janeiro, 585 Maraponga. CEP: 60.710-430. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: xintia\_freitas@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O leite materno é incontestavelmente o alimento ideal para o lactente, em especial nos seis primeiros meses de vida, com benefícios superiores aos demais leites. É rico em gorduras, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas, com vantagens nutritivas, por promover o crescimento e desenvolvimento, bem como por influenciar no futuro desempenho escolar da criança<sup>(1)</sup>. Sobretudo, as práticas apropriadas de amamentação produzem efeito positivo no binômio mãe-filho.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade e, posteriormente, tem o objetivo de suprir necessidades nutricionais. Os lactentes devem começar a receber alimentação complementar adequada, mas continuar com o leite materno até os dois anos, uma vez que é econômico e auxilia no combate à desnutrição e à mortalidade infantil por enfermidades comuns da infância, como diarreia e pneumonia<sup>(2)</sup>. A OMS adota as seguintes categorias: AME; aleitamento materno predominante; aleitamento materno e aleitamento materno complementado<sup>(3)</sup>.

O desmame ou introdução de outros alimentos é justificado por: deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe, mudanças na estrutura familiar, nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar, demonstrando associação entre fatores maternos, do recém-nascido e o contexto em que se encontram<sup>(4-5)</sup>.

Observando os benefícios que o AME proporciona à criança até os seis meses de vida, o ato de amamentar tem mudado ao longo do tempo, obedecendo a determinações culturais e socioeconômicas. Os motivos que levam as mães a decidirem sobre a amamentação podem estar ligados a cultura, estilo de vida e influência da sociedade. Ainda que seja um processo biológico, as mães precisam ser informadas quanto às vantagens do aleitamento materno exclusivo e acerca das desvantagens do desmame precoce.

Em vários países, a má nutrição de recém-nascidos e lactentes, problemas de crescimento e desenvolvimento

e mortalidade estão associados ao desmame precoce e às práticas inadequadas de complementação alimentar. Isso acontece porque alimentos não nutritivos são introduzidos freqüentemente muito cedo (nos países desenvolvidos e em desenvolvimento) ou muito tarde (nos países em desenvolvimento). Cresce o consenso de que a maior ameaça às crianças, em termos nutricionais, ocorre durante o período entre os 6 e os 24 meses de idade, quando acontece a transição da amamentação exclusiva para o consumo da dieta familiar e quando as taxas de doenças infecciosas, como diarreia, são as mais altas<sup>(2)</sup>.

Considerando o desmame precoce problema de saúde pública, exige-se dos enfermeiros, nos diversos níveis de atendimento, o estabelecimento de práticas de educação em saúde direcionadas à amamentação, de acordo com as especificidades individuais, a fim de intervir no desmame precoce, apesar do reconhecimento das vantagens do AME sobre o artificial.

Para tanto, faz-se necessário definir os motivos que levam a este processo, a fim de proporcionar maior tempo possível de aleitamento materno às crianças. Com a finalidade de promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, bem como proporcionar maior grau de esclarecimento e conscientização sobre os benefícios do leite materno, este trabalho teve como objetivo identificar os fatores relacionados ao desmame precoce entre os menores de seis meses de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, o qual exige uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar; pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, assim como responde a questões particulares, preocupa-se, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados das ações e relações humanas<sup>(6-7)</sup>.

A cidade de Fortaleza é dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SERS), onde cada uma tem sua sede própria representando a prefeitura e seus órgãos. As regionais abrangem os bairros da capital, agrupando-os e administrando-os conforme necessidades. São denomi-

nadas de Regional I, II, III, IV, V e VI, cada qual com suas áreas de abrangência.

O cenário do estudo foi o Centro de Saúde da Família Professor Maurício Mattos Dourado, presta serviços de atenção básica às comunidades do Dendê, Rocinha, Baixada e Chico Mendes, cobrindo uma população de aproximadamente 17.500 habitantes, assumindo o papel de Centro de Especialidades Médicas para a área de abrangência da Secretaria Regional VI.

Participaram do estudo 20 mães de crianças menores de seis meses que realizam consulta de puericultura na citada Unidade de Saúde. Como critério de inclusão, as mães deviam estar em desmame precoce quando a oferta de leite materno foi interrompida durante o primeiro semestre de vida. Foram excluídos os informantes que não possuíam conhecimento para fornecer dados da criança, principalmente relativos à amamentação.

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2007, por meio de observações diretas, durante as consultas de enfermagem, e entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram gravadas na íntegra em fitas cassete com consentimento formal das participantes sendo realizadas considerando-se as questões norteadoras: como foi a experiência da mãe em amamentar? Por que a mãe deixou o aleitamento materno exclusivo? Quais alimentos a mãe oferece à criança? Quais mudanças na criança a mãe pôde observar depois da interrupção do aleitamento materno exclusivo?

Para a análise dos dados, as entrevistas foram escritas em impressos preestabelecidos, transcritas e, posteriormente, foi realizada a saturação de idéias. As perguntas formuladas permitiram respostas livres que emergiram em categorias<sup>(7)</sup>. Foram consideradas, durante o procedimento analítico, as divergências e os consensos, além dos fatores inter-relacionados. Os resultados foram apresentados, respaldando-se nas falas das mães, analisando-as com base na literatura.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Fortaleza, sob o nº 313/2006. Todas as mães que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual estabelecia a parte ética de toda a pesquisa, conforme as diretrizes e normas regulamentadas de investigações en-

volvendo seres humanos, da Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O sigilo sob os dados pessoais das entrevistadas foi mantido.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os fatores que interferem no aleitamento materno constituíram o foco principal deste estudo. Na busca da compreensão de elementos importantes sobre desmame precoce e aos problemas relacionados à amamentação, encontramos as seguintes categorias: Experiência em amamentar; Fatores determinantes do desmame precoce; O alimento como complemento e Percepção da mãe ante a interrupção do aleitamento materno exclusivo.

### Experiência em amamentar

As mães justificam o desmame, atribuindo a causa a fatores ligados ao comportamento do recém-nascido, bem como a outros fatores determinados pela interpretação da experiência de amamentar.

As mães são conscientes das vantagens do aleitamento materno, seja em relação à nutrição ou à proteção contra diversas patologias, uma vez que o leite materno é considerado alimento completo para o lactente. Foram observadas a externalização de sentimentos prazerosos no ato de amamentar o filho e o posicionamento favorável a essa prática. *Acho que amamentar é bom porque a gente fica mais aconchegada ao filho, fica mais próxima (M4)... É bom, porque é a coisa melhor que tem pra ela, conforta muito a criança e ela fica protegida de doença (M9).*

A amamentação, para a mulher, além de instintiva, requer, como qualquer outra atividade humana, um aprendizado sobre técnicas e o desenvolvimento do vínculo afetivo. Conforme o paradigma social vigente, a simbologia da maternidade materializa o amor, além de envolver desvelo, renúncias e sacrifícios, tendo-se por exemplos a dor por ocasião do parto e a que está ligada a problemas relacionados com a amamentação, não sendo aceitos como resignação<sup>(8)</sup>.

Compreendeu-se a ênfase dada à amamentação, quando as mães reconheceram o valor nutricional do leite

materno como o melhor para a criança, relacionando-o à boa condição de saúde e desenvolvimento infantil. Verificaram-se, contudo, posicionamentos desfavoráveis ante o ato de amamentar, apresentando-se como vivência permeada por conflitos e contradições. *Foi muito boa não, porque eu não tinha leite suficiente e eles (gêmeos) choravam muito, era aquela confusão* (M11). *É bom e ao mesmo tempo é ruim porque dói muito, mas a gente tem que dar, a gente passa todo o nosso carinho pra ele* (M2).

Em relação às experiências das mães e à intenção de amamentar, cada nascimento acontece em contextos socioeconômicos diferentes; o contato prévio com aleitamento materno talvez não seja estímulo suficiente para amamentação dos filhos subsequentes<sup>(9)</sup>. As mães que tiveram vivências positivas, no entanto, provavelmente, terão sucesso para estabelecê-la.

Portanto, não se deve generalizar a capacidade de amamentar, sem que antes se considerem os sentimentos positivos ou negativos vivenciados pelas mães. Quando a mulher é assistida nas dúvidas e dificuldades, o papel de mãe é assumido com segurança, cabendo aos enfermeiros a tarefa de garantir uma escuta ativa, ou seja, saber ouvi-la, entendê-la e esclarecê-la sobre crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

### Fatores determinantes do desmame precoce

Entre os fatores determinantes do desmame precoce, notou-se: referência ao choro e à fome da criança; insuficiência do leite materno; trabalho das mães fora de casa; problemas relacionados às mamas e recusa ao seio, por parte da criança, como opções para a introdução de outros alimentos precocemente. Ressalta-se que a composição do leite materno é ideal para alimentar e nutrir exclusivamente a criança até os 6 meses de vida, haja vista que a maioria dos lactentes cresce dentro dos padrões de normalidade e são saudáveis.

Constatou-se que o choro e a fome da criança são, para as mães, determinantes para a alimentação complementar antes de concluir os 6 meses de AME. O choro associado à fome é sustentado pela cultura, em decorrência dos problemas relacionados à produção/qualidade do lei-

te. *Ela é muito esfomeada e quando ela acorda chora logo pra mamar, se eu não tiver em casa pra dá o peito tem que dá outro leite* (M4). *Ele chorava muito e mesmo dando o peito ele ainda chorava e por conta própria comecei a dá outro leite. Os meus outros filhos sempre mamavam e também tomavam mingau* (M18).

A produção de leite materno pode diminuir quando: a criança vai perdendo o apetite ao complementar a alimentação com água, chá ou leite artificial; introduzir mamadeiras ou chupetas, proporcionando sucção incorreta do seio; mamadas curtas e pouco frequentes, resultando em mamas cheias e ingurgitadas; pouca ingestão de líquidos e alimentação incorreta da nutriz; equipe de saúde despreparada no reconhecimento de sinais de pega ou posicionamento inadequado, tendo como consequência o desmame precoce<sup>(10)</sup>.

A inobservância da ejeção do leite e a manifestação de insatisfação da criança com o choro frequente põem em dúvida a condição ideal do leite materno. Perceberam-se manifestações de dificuldades das mães em lidar com o choro e a fome da criança, associando-os à concepção de que a composição e a quantidade do leite são insatisfatórias às necessidades da criança, razões justificadas para interromper o aleitamento materno ou oferecer outro leite e alimentos. *Ela não tava se satisfazendo com o leite do peito, o meu leite era pouco e ela começava a chorar com fome* (M17). *Ele tava chorando de mais não tava satisfeito só com o leite do meu peito aí eu comecei a dá comidinha* (M1).

O leite fraco é uma das elaborações sociais utilizadas para explicar o abandono da amamentação, fundamentada no movimento higienista do século XIX, o qual busca responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpá-la pelo desmame. Nessa perspectiva, mulheres de várias culturas verbalizam o leite fraco como razão para o desmame. Do ponto de vista biológico, o leite materno é ideal, sendo raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação<sup>(11)</sup>.

Refere-se também como influenciadores na prática da amamentação o fato de as mães terem que trabalhar fora de casa. As necessidades familiares e segurança financeira são motivos para o trabalho fora de casa, sendo considerados fatores de risco para o desmame. *Você começa a trabalhar e se sente obrigada a dar outro leite* (M3). *Comecei a dá comidinha e como vou voltar a trabalhar eu já estou acostumando ele a comer outras coisas* (M12).

As mulheres assumem o papel de chefes de família que, por necessidade financeira, são conduzidas a trabalhar fora de casa. A renda familiar está associada à duração do aleitamento materno, pois melhores condições de vida propiciam nível educacional oportuno ao acesso às informações. A situação intensifica-se, principalmente, em relação àquelas que trabalham sem o amparo legal da legislação trabalhista<sup>(12-13)</sup>.

Outro fator interferente no sucesso da amamentação são as patologias mais comuns durante o período da amamentação como: dor, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastites, o que deve ser percebido pelos enfermeiros como marcadores de dificuldades do aleitamento materno, sendo evitáveis quando se adotam medidas profiláticas no curso do ciclo gravídico-puerperal, fato que confere ao pré-natal a oportunidade para orientar e incentivar as mães a amamentarem seus filhos. *Eu não tava conseguindo dar meu peito pra ele, porque tava doendo muito, empedrou (M6). Meu peito começou a doer, tava cbeio, empedrou (M18).*

O aleitamento materno não deve produzir dor, principal causa da maioria dos problemas na amamentação, pois interfere no reflexo da ejeção do leite. Em consequência da criança não conseguir mamar, a mãe revela o sentimento de angustiada, inibindo a ejeção láctea, podendo conduzir ao fracasso da amamentação. Quando são apresentadas dificuldades do tipo ingurgitamento mamário, fissuras, problemas com o mamilo e mastite nos primeiros dias, há um risco maior para o desmame precoce<sup>(12)</sup>.

As mães atribuíam à criança os motivos pelos quais não foram capazes de manter a amamentação por um período prolongado. A decisão pela amamentação está na dependência da mulher, porém justifica ações e comportamentos adotados conforme os atos e o grupo a que pertence<sup>(14)</sup>. Esses são aspectos que possibilitam compreender por que a mulher tende a buscar explicações/justificativas para a conduta assumida, uma vez que a amamentação e o desmame fazem parte do contexto ativo e dinâmico da coletividade. *Ela começou a abusar o peito e eu ficava com pena vendo ela chorar com fome aí comecei a dar mingau (M13). Como meu peito feriu e eu tive que tirar o leite com o desmamador, ele não quis mais o peito depois (M20).*

Os motivos que dificultam a amamentação podem ser preveníveis, desde que exista a orientação da mulher. Portanto, os enfermeiros devem estar atentos a quaisquer fatores, implementando as devidas ações nas práticas, reforçando o período ideal em oferecer a alimentação complementar.

### O alimento como complemento

Sabe-se que os benefícios do leite materno e a amamentação exclusiva sob livre demanda são determinantes para o crescimento e o desenvolvimento infantil nos primeiros seis meses de vida. As necessidades nutricionais durante o primeiro ano de vida da criança variam de acordo com os padrões individuais. De modo geral, até o primeiro semestre, o leite materno é essencial para a nutrição infantil<sup>(15)</sup>.

Por alimentação complementar entende-se qualquer alimento sólido ou líquido, diferente do leite humano oferecido à criança no segundo semestre de vida. Quando precocemente introduzida, sob o ponto de vista nutricional, pode ser prejudicial à saúde da criança, agindo como fonte de contaminação, aumentando substancialmente o risco por diarreia e outras doenças infecciosas. Além disso, a frequência da amamentação é diminuída e, conseqüentemente, a criança recebe fatores de proteção e nutrientes em menores quantidades<sup>(3,12,16)</sup>.

Ressalta-se que onze mães amamentaram até o primeiro mês de vida da criança e nenhuma completou o AME até os seis meses, visto que as políticas públicas de saúde recomendam leite materno sem a introdução de complementos nessa fase da vida. Verificou-se que os alimentos oferecidos às crianças variavam de acordo com a idade, sendo constituídos inicialmente por água, chás e posteriormente por sucos de frutas, leite artificial e sopinhas. A criança, quando recebe outros alimentos, mesmo líquidos, no denominado aleitamento materno predominante, logo interrompe o leite humano. *Ele mamou até dois meses, aí ele pegou uma virose quando ficou bom comecei a dar mingau e também chá porque ele chorava de cólica (M7). Eu dava de mamar e ele continuava chorando aí eu dei um pouquinho de água e ele parou de chorar. Eu dei também porque eu fiquei com medo dele desidratar (M2). Eu comecei primeiro a dar chazinho e agora eu estou dando mingau e suco (M15).*

A duração mediana do aleitamento materno é baixa no Brasil, variando entre as regiões; e, em parte, influenciado pelo *marketing* na divulgação das fórmulas e, sobretudo, em decorrência da própria urbanização, que trouxe mudança na vida familiar, restringindo a disponibilidade de tempo da mãe para o exercício da amamentação. A orientação nutricional às mães melhora as práticas de alimentação no sentido de evitar o uso prévio de fórmulas e permitir variedade e qualidade de alimentos oferecidos à criança após os seis meses<sup>(15)</sup>.

Na perspectiva de promover amamentação bem-sucedida, deve-se atentar para o processo de comunicação. Aconselhamento no pré-natal, orientações, ajuda no período de estabelecimento da amamentação, quando surgem problemas relacionados ao aleitamento e avaliação criteriosa da alimentação constituem algumas tarefas que a equipe de saúde deve dominar, mostrando-se importante a contextualização da realidade vivenciada pelas famílias por enfermeiros envolvidos no cuidar<sup>(17)</sup>.

### Percepção da mãe ante a interrupção do aleitamento materno exclusivo

Em relação aos benefícios do aleitamento materno, a interrupção pode acarretar mudanças na criança. Algumas nutrizes relataram não notar modificações, outras já associaram melhoria da criança à complementação alimentar, pois perceberam aumento de peso e conforto ao dormir. *Eu acho que ele não sentiu nada, apesar de não ser sadio* (M16). *Ele continua sadio e graças a Deus nada fez mal a ele* (M8). *Eu acho que ele aumentou o peso, tá crescendo mais rápido* (M2). *Eu percebi que ele tá mais pesado porque como ele não mama-va muito e como eu comecei a dar outras coisas ele ganhou peso* (M7). *Não mudou nada. Ele passou a dormir melhor* (M9).

A saúde das crianças está condicionada à nutrição adequada. Em razão da alta velocidade de crescimento, o lactente está mais vulnerável a erros e deficiências alimentares, que trazem significativas conseqüências em seu estado nutricional. Portanto, o resgate do aleitamento natural é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento, erguidos sob a óptica da promoção, da proteção e do apoio à mulher, que deve começar no início da gestação<sup>(14,18)</sup>.

Vale considerar que os enfermeiros e a população devem compreender que a saúde depende de ações do cuidado oferecidas pelos serviços e a prevenção de enfermidades é uma conseqüência da educação da população<sup>(19)</sup>. Para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o profissional, além da competência, precisa ter capacidade de comunicar-se eficientemente com a nutriz<sup>(20)</sup>.

A orientação às mães, tanto na forma de incentivo, como instruir quanto à técnica correta e à resolução de problemas, proporciona mudanças significativas nos índices de aleitamento materno, como no pré-natal e pós-parto imediato, e após a alta hospitalar. Antes de promover o aleitamento materno, porém, deve-se avaliar a expectativa da sociedade relativa ao mesmo, pois este fator vai influenciar a ocorrência em cada comunidade, visto que é responsabilidade dos serviços, programas ou profissionais da saúde e dos membros da família e da sociedade.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que as mães têm conhecimento dos benefícios do leite materno para seus filhos e que o correto é amamentá-los exclusivamente durante os seis meses de vida. Vivenciam, porém, obstáculos, nos quais se percebem contradições entre posicionamentos favoráveis e desfavoráveis, dúvidas e dificuldades à prática do aleitamento materno.

Com relação à má interpretação do choro do lactente, relacionando-o a fome, insuficiência do leite materno, necessidade dessas mães trabalharem para ajudar nas despesas de casa, patologias relacionadas às mamas e a recusa ao seio por parte da criança, constatamos como causas principais referentes à interrupção da amamentação. A falta de orientação, por sua vez, faz com que essas mães introduzam precocemente outros alimentos, interferindo negativamente no AME.

Isso representa que as equipes de saúde, principalmente o enfermeiro, busquem razões em caso de insucesso da amamentação, refletindo sobre o que poderia ser feito para reverter ou então melhorar a situação, garantindo esclarecimentos às mães, inclusive sobre crenças e tabus.

Portanto, sugerimos a atuação do profissional de saúde na assistência, ultrapassando as fronteiras do bioló-

gico, compreendendo a nutriz nas dimensões, engajando-se na realização de educação em saúde, visando a potencializar o desempenho da amamentação a fim de promover o estabelecimento dos vínculos afetivos entre o binômio mãe-filho.

## REFERÊNCIAS

1. Brito RS, Oliveira EMF. Opinião do pai sobre o aleitamento materno. *Rev Rene*. 2006; 7(1):9-16.
2. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)-Brasil. Amamentação. Informativo atualizado em junho de 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>.
3. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
4. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enferm*. 2002; 10(4):578-85.
5. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2002; 2(3):253-61.
6. Trivinos A. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1994.
7. Minayo MS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Rodrigues MSP, Silva RM, Rafael EV. O Significado da amamentação para a mulher primípara. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2005; 9(2):221-8.
9. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*. 2006; 19(5):623-30.
10. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. *Rev Eletr Enferm*. 2005; 7(2):207-14.
11. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr*. 2003; 79(5):385-90.
12. Santos VLF, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(3):283-91.
13. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6(1):99-105.
14. Silva MBC, Moura MEB, Silva AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. *Rev Eletr Enferm*. 2007; 9(1):31-50.
15. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(2):145-53.
16. Audi CAF, Correa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003 3(1):85-93.
17. Frota MA, Barroso, MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(6):996-1000.
18. Barbosa MB, Palma D, Bataglin T, Taddei JAAC. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. *Rev Nutr*. 2007; 20(1):55-62.
19. Frota MA, Souza RMV, Sousa Filho OA, Barroso MGT. Diagnóstico das necessidades humanas básicas no contexto sócio-familiar de crianças desnutridas. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2):198-203.
20. Giugliani ERJ, Lamounier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *J Pediatr*. 2004; 80(5 Supl):117-8.

**RECEBIDO:** 13/10/2008

**ACEITO:** 28/08/2009

## EDUCAÇÃO AMBIENTAL: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA UTILIZANDO PORTAL CAPES

*ENVIRONMENTAL EDUCATION: BIBLIOGRAPHICAL RESEARCH USING CAPES PORTAL*

*EDUCACIÓN AMBIENTAL: INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA UTILIZANDO PORTAL CAPES*

EVELINE PINHEIRO BESERRA<sup>1</sup>

MARIA DALVA SANTOS ALVES<sup>2</sup>

*A saúde ambiental é um assunto importante para ser discutido, uma vez que se relaciona com o bem-estar humano. Objetivou-se investigar a temática saúde ambiental nas dissertações e teses brasileiras. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada com suporte em resumos disponíveis na base de dados portal capes teses, que utilizou como assunto para a busca Educação Ambiental, meio ambiente e resíduos sólidos, na qual foram encontradas no total 60 produções no período de 1999 a 2006. Constatou-se que houve um crescimento no número de produções sobre essa temática, sendo a área da Ciências Exatas e da Terra a mais sensibilizada pelo tema; contudo, os estudos foram realizados em maior quantidade no mestrado com o propósito de conhecer/diagnosticar a realidade. Em relação à implementação educativa, observaram-se poucos estudos com esse objetivo. Conclui-se, então, a necessidade de elaborar pesquisas que concebam a educação ambiental como foco de intervenção.*

**DESCRIPTORES:** Educação ambiental; Meio ambiente; Saúde ambiental.

*Environmental health is an important issue to be discussed, once it is related to human welfare. We aimed with this research to investigate the theme: environmental health in Brazilian thesis and dissertations. It is a bibliographical research carried out with the support of abstracts available in the capes thesis database through the portal via library. Environmental education as well as environment and solid residues were the subject matters of this research, through which 60 productions were found from 1999 to 2006. We verified that there was an increase in the number of productions on this theme and the area of Exact Sciences and Earth was the most sensitive to this theme; however, the studies were carried out in greater quantity in the master course to diagnose/ learn about the reality. We observed few studies with the objective of educative implementation. Therefore, we got to the conclusion that, it is necessary to elaborate researches which have environmental education as focus of intervention.*

**DESCRIPTORS:** Environment; Environmental Health; Environmental education.

*La salud ambiental es un asunto importante que debe ser discutido, ya que se relaciona con el bienestar humano. El objetivo fue investigar la temática sobre salud ambiental en las disertaciones y tesis brasileñas. Se trata de una investigación bibliográfica realizada con ayuda de los resúmenes disponibles en la base de datos portal capes tesis, que utilizó como asunto para la búsqueda: Educación Ambiental, medio ambiente y residuos sólidos, en la cual se encontró un total de 60 producciones entre el período de 1999 a 2006. Se constató que hubo un crecimiento del número de producciones sobre esa temática, siendo el área de Ciencias Exactas y de la Tierra la más sensibilizada por el tema; sin embargo, los estudios fueron realizados en mayor cantidad en el máster, con la intención de conocer/diagnosticar la realidad. En relación a la implementación educativa, se observaron pocos estudios con ese objetivo. Se concluye, consecuentemente, que hay necesidad de elaborar investigaciones que conciban a la educación ambiental como foco de intervención.*

**DESCRIPTORES:** Educación ambiental; Ambiente; Salud ambiental.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista Capes. Rua. Álvaro Fernandes 891. Montese. CEP. 60420-570 Fortaleza-Ce, Brasil. E-mail: eve\_pinheiro@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/Brasil. E-mail: dalva@ufc.br

## INTRODUÇÃO

A sociedade prende-se ao consumismo exagerado. Com isso, a produção de resíduos sólidos em diferentes segmentos causa um problema ambiental quando estes não têm um destino apropriado, contaminando o solo, a água e o ar.

Diferentes campos de atuação unem-se para alcançar, por meio interdisciplinar, medidas de conscientização sobre os problemas ambientais, pois os possíveis prejuízos à natureza são da responsabilidade de cada indivíduo. Neste contexto, a educação pode ser vista como um meio que efetivamente contribuirá para um futuro sustentável, com intervenções coerentes com a contemporaneidade, como também representando os seres humanos a importância da auto-determinação para executar ações saudáveis em seu ambiente<sup>(1)</sup>.

O tema é relevante e importante para ser discutido, uma vez que envolve a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. A agressão ambiental pode acarretar danos irreparáveis ao ecossistema, comprometendo toda a homeostase ambiental. O problema ambiental é responsabilidade de todos, porém muitos não têm consciência disso. Essa falta de compromisso amplia a complexidade do problema, necessitando de intervenções que envolvam a saúde ambiental, sendo importante refletir sobre esse assunto para ser alcançado o bem-estar humano e ecológico, bem como a finalidade de promover saúde e prevenir danos. A discussão sobre a problemática ecológica, no entanto, é cada vez mais enfatizada em vários setores da sociedade moderna, uma vez que as evidências do processo de degradação ambiental são noticiadas diariamente, necessitando de uma intervenção<sup>(2)</sup>.

Os problemas de ordem ambiental causam efeitos globais de espécie e grandeza diferentes, fato que justifica a importância da exploração do tema, analisando cada situação e respeitando suas particularidades, como também é preciso unir esforços para disseminar a conscientização ambiental, por meio de parcerias e atividades que estimulem e difundam os conceitos de sustentabilidade e responsabilidade ecológica<sup>(3)</sup>.

Percebe-se a necessidade do envolvimento das pessoas no desenvolvimento de uma conscientização em

saúde, pois esta acarreta mudança de comportamento, proporcionando a busca de um estilo de vida mais saudável, porém, para que isso aconteça, é preciso que o ser humano vença os obstáculos que o impedem de ter uma percepção clara da realidade e assimilar a sua verdade e criticá-la<sup>(4)</sup>.

Repensar condutas capazes de intervir por meio da ação interdisciplinar é uma forma de elaborar estratégias para saúde ambiental, mas, prioritariamente, é preciso conhecer a realidade e reavaliar práticas sanitárias, para, posteriormente, serem executadas estratégias concretas de Educação em Saúde que permitam a proteção e a Promoção da Saúde de forma integral às comunidades, como também capacitar o indivíduo e a sociedade a uma consciência ecológica.

Em diferentes discussões sobre Educação Ambiental, é levantada a necessidade de formular um quadro teórico-conceitual e metodológico que facilite a operacionalização da idéia de Educação Ambiental, a formulação e análise crítica de propostas para a sua implementação, uma vez que a base conceitual da Educação Ambiental é reavaliada pelos pesquisadores e/ou educadores, em função do caráter interdisciplinar, na busca de elaborar estratégias de intervenção<sup>(5)</sup>.

Observa-se, porém, que existe um escasso espaço de estudo sobre a temática, bem como é reduzido o investimento em pesquisa com esse enfoque<sup>(6)</sup>. Com o suporte dessa afirmação, buscou-se investigar a temática saúde ambiental nas dissertações e teses brasileiras, no período de 1999 a 2006.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que utilizou a observação indireta, em que o pesquisador não submete o objeto de estudo pelos próprios sentidos, mas capta informações a respeito de objetos já pesquisados pela observação de terceiros<sup>(7)</sup>.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2008 por meio do Banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir das palavras-chave: Educação ambiental, meio ambiente e resíduos sólidos, as quais foram buscadas de

forma conjunta tendo como critério de inclusão estar com resumo disponível na data da consulta. Foram encontradas 60 produções no total do período de 1999 a 2006 e todas incluídas no estudo. As variáveis consideradas foram: ano de produção, região brasileira da instituição que produziu a dissertação/tese, nível, área do conhecimento, assunto abordado, finalidade educativa. Os resultados foram organizados em números absolutos e apresentados em tabelas. Na análise verificou-se a abordagem dos pesquisadores no âmbito da convergência e/ou divergência dos achados.

## RESULTADOS

As quatro tabelas apresentam na seqüência os aspectos relacionados às produções científicas da pós-graduação brasileira, em relação ao tema estudado.

**Tabela 1** – Ano de defesa das teses e dissertações, conforme a região brasileira. Fortaleza, 2008.

Ano de produção	Região Brasileira					TOTAL
	Centro-oeste	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	
1999-2000	2	0	0	3	0	5
2001-2002	1	0	3	8	1	13
2003-2004	2	1	2	8	2	15
2005-2006	3	0	6	13	5	27
Total	8	1	11	32	8	60

Observa-se, na tabela 1, os anos de defesa das dissertações e teses por meio de intervalos, correlacionado com a região brasileira. Constata-se que a região sudeste foi a que produziu mais (32) e que diante dos intervalos de anos houve um crescimento no número de publicações.

**Tabela 2** – Nível de Pós-Graduação por área do conhecimento. Fortaleza, 2008.

Área do conhecimento	Nível			TOTAL
	Mestrado	Doutorado	Mestrado profissional	
Ciências Exatas e da Terra	9	1	1	11
Ciências biológicas	2	1	–	3
Engenharias	8	1	–	9
Ciências da Saúde	3	–	2	5
Ciências humanas	3	–	–	3
Multiprofissional	6	1	4	11
Educação	7	2	1	10
Não informado	6	2	–	8
Total	44	8	8	60

A tabela 2 caracteriza o nível de pós-graduação pela área de conhecimento agrupado conforme a classificação

da Capes. Observa-se que as Ciências Exatas e da Terra (11), a área multiprofissional (11) e a Educação (10) foram as que mais contribuíram, desenvolvendo pesquisas na pós-graduação sobre meio ambiente.

**Tabela 3** – Categorização dos assuntos investigados. Fortaleza, 2008.

Assunto	Nível			TOTAL
	Mestrado	Doutorado	Mestrado profissional	
Avaliação/Análise	10	2	1	13
Intervenção	11	3	1	15
Exposição/ Descrição	5	1	1	7
Conhecimento/Diagnóstico	18	2	5	25
Total	44	8	8	60

Na tabela 3, há a categorização dos assuntos investigados conforme a idéia principal que o resumo deixava evidenciado, sendo a maior categorização o conhecimento e o diagnóstico com 25 produções.

**Tabela 4** – Produção científica relacionada ao propósito educativo. Fortaleza, 2008.

Propósito educativo	Nível			TOTAL
	Mestrado	Doutorado	Mestrado profissional	
Sim	11	11	1	13
Não	33	3	3	47
Total	44	8	8	60

Na tabela 4, correlaciona produção científica com propósito educativo. Observa-se que na maioria desta, totalizando 47, não está evidente a finalidade educativa.

## DISCUSSÃO

Na tabela 1, observa-se que houve um crescimento na produção científica acerca dessa temática, mas é demonstrada também a necessidade de rever pesquisas sobre o tema. Em 2005-2006, as produções quase alcançaram o dobro do biênio anterior, uma vez que a sociedade discute a necessidade de cuidar do Planeta, porém esta produção ainda é pouca, diante da complexidade e relevância do assunto.

A região Sudeste tem o maior número de pesquisas, fato justificável, por possuir mais programas de pós-graduação, assemelhando-se ao resultado de um estudo bibliográfico realizado em artigos sobre o ambiente na saúde coletiva no qual este também teve a região Sudeste com maior número de estudos<sup>(8)</sup>. A região Nordeste, con-

tudo, tem o seu destaque, quando se localiza após a região Sudeste em produção. Sabe-se que a temática ecológica necessita ser valorizada e explorada, pois a saúde ambiental é um item vital para o ser humano, logo, necessita de medidas de desenvolvimento econômico com responsabilidade ambiental, com ações conscientes de implementação nesse setor.

Na tabela 2, observa-se que a maior produção da pós-graduação foi de mestrado acadêmico com 44, sendo as Ciências Exatas e da Terra a mais sensibilizada com a temática meio ambiente, seguida pelas as Engenharias e a Educação. A reflexão acerca das práticas e das múltiplas possibilidades em relação à saúde ambiental se apóia numa lógica que privilegia o diálogo e a interdependência de áreas diferentes, permitindo a reflexão sobre a complexidade ambiental para compreender a sustentabilidade<sup>(9)</sup>.

Destaca-se a discussão sobre a produção escassa das Ciências da Saúde, pois esta é uma área que pode explorar diferentes recursos na área da Educação Ambiental, meio ambiente e resíduos sólidos no que diz respeito à Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa, documento que direcionou suas bases operacionais, afirma que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, justiça social, como também um ecossistema estável e recursos sustentáveis<sup>(10)</sup>, logo, as Ciências da Saúde podem se articular e desempenhar pesquisas nessa área no propósito de oferecer às pessoas maior qualidade de vida.

A saúde ambiental exige a ação interdisciplinar. Observa-se na área do conhecimento multidisciplinar que houve a produção de 11 estudos, visto que no contexto epistemológico da Educação Ambiental, permite um conhecimento aberto, processual e reflexivo desde uma articulação complexa e multirreferencial que estimula a interdisciplinaridade, permitindo uma nova articulação das Ciências Naturais, Sociais e Exatas, ou seja, tudo o que engloba a sua complexidade, caracterizando-se como uma forma de buscar explicação científica por meio de metodologias interativas, configurando a abrangência de enfoques e respostas<sup>(11)</sup>.

Observou-se, numa pesquisa sobre programas interdisciplinares de meio ambiente, a multiplicidade de caminhos adotados por cientistas brasileiros interessados numa visão integrada da problemática ambiental. Isto é

um aspecto importante, pois a junção de forças pode estar articulada para encontrar formas de solucionar os problemas ambientais<sup>(12)</sup>.

Em relação à produção de teses, observa-se um número reduzido, logo, enfatiza-se a importância de pesquisar esse tema, pois o Planeta precisa de ações que minimizem os riscos ambientais. Houve também produção do mestrado profissional, principalmente na área multidisciplinar. Este mestrado é uma modalidade de pós-graduação implementada em várias instituições, vítima de muitas divergências quanto a sua aceitação e restrições ao seu reconhecimento no espaço acadêmico<sup>(13)</sup>, contudo, observa-se sua contribuição na pesquisa sobre a temática pesquisada.

A tabela 3 foi construída a partir da divisão dos propósitos que os resumos deixavam evidenciados. Observam-se nos dados que os assuntos explorados, na sua maioria no mestrado, estavam relacionados a conhecer e diagnosticar a situação real de comunidades específicas, como a contaminação do lençol freático, das cidades pelo lixo, da atmosfera, não tinham como propósito a intervenção, ou seja, apenas descreviam a realidade encontrada sem propor melhorias. O conhecimento sobre a dinâmica sócio-ecológica real proporciona uma reflexão crítica acerca dessa relação, fornecendo subsídios para a elaboração de intervenções e táticas a serem utilizadas nessa dinâmica que tenha como meta a defesa dos direitos a uma melhor qualidade de vida e um ambiente saudável<sup>(14)</sup>.

Seguidamente, alguns estudos foram intervencionistas, totalizando 15 e com o propósito de analisar uma intervenção anteriormente implementada, 13. A saúde ambiental implica medidas de avaliação, implementação e controle, uma vez que está intimamente ligada à vida humana. Visto que para promoção da saúde, torna-se substancial realizar estudos de diferentes abordagens, contemplando a interdisciplinaridade para compreender a complexidade da temática.

No doutorado, constata-se a produção de três teses, com o propósito de intervenção no que se refere à saúde ambiental, mas essa ação ainda é incipiente diante da necessidade urgente construir medidas de implementação nas questões ambientais.

A problemática ambiental trouxe grande desafio político, ético e epistemológico aos pesquisadores, que nos

questionam sobre o tipo de ciência que se produz, como, para quem, com quais finalidades e com quais patrocínios e compromissos, havendo necessidade de reflexão coletiva e pesquisas para serem alcançadas respostas para esse complexo problema<sup>(15)</sup>.

A tabela 4 procura demonstrar se houve propósito educativo na produção científica, que seriam discussões, diálogos e debates sobre a temática meio ambiente em comunidades, escolas, organizações não governamentais, também se relatavam intervenções, como, a prática de coleta seletiva e reciclagem. Pode-se perceber que o maior número foi de produções sem esse propósito. Logo, precisam ser incentivados estudos que tenham como alicerce educar o indivíduo e a comunidade sobre a saúde ambiental, pois a sociedade, sem essa consciência, permitirá que o planeta sofra danos irreparáveis. Na experiência pedagógica da Educação Ambiental, é preciso ser reencontrada a crítica à racionalidade instrumental e disciplinar, para que as diferentes formas de pensar identifiquem estratégias cabíveis à realidade, a fim de solucionar as dificuldades decorrentes das práticas educacionais tradicionais<sup>(16)</sup>. Visto que a interdisciplinaridade necessita de atitude tanto no campo da educação como na ciência<sup>(17)</sup>.

Diante disto, a Educação Ambiental tem que sistematizar e socializar o conhecimento, possibilitando a formação de cidadãos suficientemente informados, conscientes e atuantes para que as questões ambientais possam ser não apenas discutidas, mas para que se busquem soluções para elas<sup>(18)</sup>, logo, esse compromisso deve ser semeado e discutido na pós-graduação brasileira.

## CONCLUSÕES

Constatou-se que houve crescimento no número de produções sobre essa temática, sendo a área das Ciências Exatas e da Terra a mais sensibilizada pelo assunto Educação Ambiental, meio ambiente e resíduos sólidos. Os estudos, porém foram realizados em maior quantidade no mestrado, com o propósito de conhecer/diagnosticar a realidade. Em relação à implementação educativa, foram poucos os estudos com esse objetivo, revelando-se, então, a necessidade de elaborar pesquisas que concebam a Edu-

cação Ambiental como forma de intervir na saúde do meio ambiente, como também de instrumento para orientar a sociedade a trilhar caminhos saudáveis para o desenvolvimento. Com efeito, as ações educativas na saúde ambiental são escassas, refletindo a urgência de intervenção. A Enfermagem, por caracterizar-se como profissão capacitada para exercer ações educativas, deve praticar atitudes que ampliem a produção científica nessa temática, de forma a garantir bem-estar ecológico e humano, pois a vida é estreitamente ligada ao ecossistema.

## REFERÊNCIAS

1. Van Eijck M, Roth WM. Improving science education for sustainable development. *Plos Biol* 2007; 5(12):306.
2. Camponogara S, Ramos FRS, Kirchhof ALC. A reflexividade ecológica no contexto do trabalho hospitalar. *Online Braz J Nurs* [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 ago 21]; 6(3). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007>.
3. Nolasco FR, Tavares GA, Bendassolli JA. Implantação de programas de gerenciamento de resíduos químicos laboratoriais em universidades análise crítica e recomendações. *Eng Santi Ambient*. 2006; 11(2):118-24.
4. Freire P. *Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes; 1980.
5. Moradilio EF, Oki MCM. Educação ambiental na universidade: construindo possibilidades. *Quim Nova*. 2004; 27(2):332-6.
6. Corrêa LB, Lunardi VL, Conto SM, Galiazzi MC. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. *Interface Comunic Saúde Educ* 2005; 9(18): 571-84.
7. Rodrigues RM. *Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas*. São Paulo: Atlas; 2007.
8. Freitas CM. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3):679-701.
9. Jacobi PR. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. *Cad Pesq*. 2003; (118):189-205.

10. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa. Declaração de Adelaide Sunsvall e Santa de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Jacobi PR. Educação ambiental: o desafio da construção de um pensamento crítico, complexo e reflexivo. *Educ Pesq.* 2005; 31(2):233-50.
12. Rocha PED. Trajetórias e perspectivas da interdisciplinaridade ambiental na pós-graduação brasileira. *Ambient Soc.* 2003; 6(2) 155-82.
13. Saube R, Wendhausen ALP. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. *Interface.* 2005; 9(18):621-30.
14. Silva LMA, Gomes ETA, Santos MFS. Diferentes olhares sobre a natureza – representação social como instrumento para educação ambiental. *Estud Psicol.* 2005; 10(1): 41-51.
15. Reigota MAS. Ciência e sustentabilidade: a contribuição da educação ambiental. *Rev Aval Educ Superior.* 2007; 12(2):219-32.
16. Carvalho ICM. As transformações na esfera pública e a ação ecológica: educação e política em tempos de crise da modernidade. *Rev Bras Educ* 2006; 11(32):308-15.
17. Gattás MLB, Furegato ARE. A interdisciplinaridade na educação. *Rev Rene* 2007; 8(1): 85-91.
18. Lucatto LG, Talamoni JLB. A construção coletiva interdisciplinar em educação ambiental no ensino médio: a microbacia hidrográfica do ribeirão dos peixes como tema gerador. *Ciênc Educ* 2007;13(3):389-98.

**RECEBIDO:** 11/11/2008

**ACEITO:** 07/07/2009

## PRODUÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA NAS INTERNAÇÕES EM CLÍNICA MÉDICA EM HOSPITAIS EM RIBEIRÃO PRETO-SP

*PHYSICAL AND FINANCIAL PRODUCTION IN CLINICAL HOSPITALIZATIONS IN HOSPITALS IN RIBEIRAO PRETO-SP*

*PRODUCCIÓN FÍSICA Y FINANCIERA EN LAS INTERNACIONES EN CLÍNICA MÉDICA EN HOSPITALES EN RIBEIRÃO PRETO-SP*

GABRIELA DREM PICOLO<sup>1</sup>  
LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES<sup>2</sup>

*Trata-se de investigação descritiva-exploratória com objetivo de identificar e descrever produção física e financeira dos procedimentos principais, em clínica médica, nas internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP. A coleta de dados utilizou pesquisa documental em banco de dados oficiais sobre internações em cinco hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde, período 1996-2003. Houve incremento na produção física de procedimentos nas subespecialidades doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo e as subespecialidades de afecções neurológicas, doenças do sistema cardiovascular e afecções respiratórias consumiram a maior parte dos recursos financeiros. Constatamos a especialização de hospitais em algumas subespecialidades. O estudo não apresenta estimativas para os anos subseqüentes, entretanto, o incremento na produção física e financeira dos procedimentos em clínica médica, no município estudado, justifica análise crítica de quem faz a gestão do sistema local de saúde.*

**DESCRIPTORIOS:** Sistema Único de Saúde; Sistemas de Informação Hospitalar; Hospitalização; Enfermagem.

*This descriptive-exploratory research aimed to identify and describe the physical and financial production of the main procedures, in medical clinics, in processed hospitalizations paid by the Ribeirão Preto Municipal Health Secretariat. Data collection used documentary research in official databases of five hospitals associated to the Unified Health System, between 1996 and 2003. The physical production of procedures in the following subspecialties increased: cardiovascular system diseases, respiratory problems and digestive system diseases. The subspecialties neurological and respiratory problems as well as cardiovascular system diseases consumed most of the financial resources. Specialization of hospitals in some subspecialties was evidenced. Although the study does not present estimates for the following years, the increase in the physical and financial production of clinical medicine procedures, in the city studied, justifies a critical analysis made by managers of the local health system.*

**DESCRIPTORS:** Single Health System; Hospital Information Systems; Hospitalization; Nursing.

*Se trata de investigación descriptiva-exploratoria con objetivo de identificar y describir la producción física y financiera de los procedimientos principales, en clínica médica, en las internaciones hospitalarias procesadas y remuneradas por la Secretaria Municipal de Salud de Ribeirão Preto-SP. La recogida de datos utilizó investigación documental en banco de datos oficiales acerca de internaciones en cinco hospitales asociados al Sistema Único de Salud, entre 1996 y 2003. Hubo incremento en la producción física de procedimientos en las subespecialidades de dolencias del sistema cardiovascular, afecciones respiratorias y enfermedades del aparato digestivo y las subespecialidades de afecciones neurológicas. Las enfermedades del sistema cardiovascular y afecciones respiratorias consumieron la mayor parte de los recursos financieros. Se constató la especialización de hospitales en algunas subespecialidades. El estudio no muestra estimativas para los años subsecuentes, sin embargo, el incremento en la producción física y financiera de los procedimientos en clínica médica, en el municipio estudiado, justifica un análisis crítico de quien realiza la gestión del sistema local de salud.*

**DESCRIPTORIOS** Sistema Único de Salud; Sistemas de Información en Hospital; Hospitalización; Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira graduada no Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (Bacharelado). Rua D. Pedro II, 506. Bairro Conserva. CEP 13466-000 Americana-SP. Brasil. E-mail: gdpicolo@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Prof<sup>a</sup> Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP), pesquisadora do Centro de Estudos sobre Hospital e Enfermagem da EERP-USP. Orientadora. Av. Bandeirantes, 3900. EERP-DEGE-USP. Campus Universitário, CEP 14040-902. Ribeirão Preto-SP. Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br

## INTRODUÇÃO

À medida que o processo de municipalização e, conseqüente descentralização do sistema de saúde vem sendo efetivamente implementado, as ações de avaliação, controle e auditoria realizados pelo município tornam-se cada vez mais relevantes, de forma a permitir uma melhor utilização/alocação dos recursos financeiros disponíveis assumindo expressivo significado no sistema local de saúde<sup>(1)</sup>.

O acompanhamento das internações hospitalares deve merecer atenção diferenciada do gestor pelo volume e variedade de recursos materiais e humanos consumidos, pela complexidade da estrutura dos serviços hospitalares e, pela possibilidade de o gestor reestruturar a atenção básica para a prevenção e controle de doenças prevalentes nas diferentes faixas etárias em seu município e que podem ser atendidas em ambulatorios, ou seja, monitorar os dados relativos à produção de internações hospitalares pode fornecer subsídios para reordenar o sistema local de saúde.

A demanda por internações hospitalares pode sofrer variações em decorrência de disponibilidade de serviços de atenção básica, de hospitais e do perfil sócio-demográfico-epidemiológico da população<sup>(2)</sup>.

O envelhecimento da população pode ter efeitos marcantes sobre os serviços de saúde e, as repercussões que advêm das associações da velhice com maior prevalência de doenças degenerativas e incapacidades diversas acarretam aumento na demanda por cuidados de pacientes crônicos: maior número de consultas, de exames laboratoriais, de medicamentos e de internações, assim como maior duração de cada internação, o que representa custos mais elevados<sup>(3)</sup>.

A julgar pela distribuição percentual de óbitos, nas capitais, no período de 1930-1988, houve no Brasil, uma redução pronunciada da mortalidade por doenças infecciosas, e, um aumento, também em termos percentuais, das doenças crônico-degenerativas e das causas externas decorrentes da violência e dos acidentes<sup>(3)</sup>.

No Brasil, nas últimas décadas, vem se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados originados, de forma rotineira, pelos serviços de saúde, como ferramenta

na elaboração de políticas de saúde, no planejamento e gestão de serviços de saúde<sup>(4)</sup>.

Entre os bancos de dados administrativos de saúde disponíveis no país, encontra-se o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), desenhado para fins administrativos, é o único de abrangência nacional, que tem origem nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), as quais geram o pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, oferecendo vantagens para avaliação de qualidade por conterem grande volume de dados, disponíveis com proximidade da ocorrência da internação, reduzindo em muito o custo das avaliações. Com a vantagem de fornecer informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação hospitalar ampliar a possibilidade de produção de conhecimento no campo da saúde coletiva<sup>(4)</sup>.

Os bancos de dados, desenhados para fins administrativos, que contém as informações de faturamento hospitalar expandiram-se e passaram a incluir informações clínicas, possibilitando seu uso para a avaliação dos cuidados prestados aos pacientes. Estas bases de dados vêm sendo empregadas com o objetivo de gerar indicadores de resultados que representem um ponto de partida para avaliações mais detalhadas da qualidade da assistência hospitalar. Além disso, o estudo da tendência temporal das causas das internações permite levantar hipóteses sobre influências de transformações demográficas, epidemiológicas e de práticas médicas nas últimas décadas. Do mesmo modo, a análise espacial permite evidenciar desigualdades regionais na situação de saúde e no acesso à assistência hospitalar<sup>(5)</sup>.

O objeto de estudo desta investigação foram os grupos de procedimentos principais produzidos nas internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na especialidade de clínica médica. Tal opção decorre da importância da avaliação dos serviços de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), no qual especialidade de clínica médica representa expressivo contingente de internações, de pacientes cujas patologias podem demandar atenção também em outras esferas do sistema local de saúde e, ainda pela elevação da expectativa de vida da população brasileira que implica em aumento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis.

Particularmente, na gestão, O acompanhamento das internações hospitalares, na gestão do sistema local de saúde, deve merecer atenção diferenciada tanto pelo volume e variedade de recursos materiais e humanos consumidos, quanto pela complexidade da estrutura dos serviços hospitalares e também, pela possibilidade de o gestor reestruturar a atenção básica para a prevenção e controle de doenças prevalentes nas diferentes faixas etárias em seu município e que podem ser atendidas em ambulatórios, enfim, monitorar os dados das internações hospitalares pode fornecer subsídios para reordenar o sistema de saúde local<sup>(6)</sup>.

No cenário atual brasileiro caracterizado pela intensa e pouco regulada incorporação tecnológica na área da saúde, resultando em crescentes gastos no setor; pelo aumento da complexidade dos casos e da elevação dos custos com internações; e, da crise dos hospitais que prestam serviços para o SUS, seja ele público, filantrópico ou privado devido à gestão não-profissional e ao desequilíbrio orçamentário faz-se prioritário o estudo das internações hospitalares faz-se prioritário<sup>(7)</sup>.

A variação na produção de procedimentos nas internações diz respeito à demanda/necessidade de saúde dos usuários, incorporação de tecnologias levando à especialização em procedimentos de alto custo; seleção de procedimentos com melhor remuneração; inclusão de procedimentos secundários que agregam valor ao procedimento principal da AIH. Tais aspectos, portanto, merecem ser investigados e analisados justificando esta pesquisa.

Acredita-se que embora os resultados deste estudo sejam específicos de um município, esta situação pode também refletir o cenário de internações hospitalares em clínica médica em outras localidades brasileiras de grande porte populacional e pólos regionais. Esta especialidade concentra procedimentos que agregam ações terapêutico-assistenciais que consomem expressivo montante financeiro, tais constatações justificam uma análise pormenorizada das internações hospitalares nesta especialidade e a realização deste estudo.

Sob esta perspectiva ampliada de gestão de internações hospitalares questiona-se:

Na especialidade de clínica médica quais os procedimentos principais foram produzidos e como eles se

distribuem entre os prestadores hospitalares de um município do interior paulista, em termos físicos e financeiros, no período 1996-2003?

Diante deste quadro, entende-se que é necessário conhecer detalhadamente os procedimentos produzidos na especialidade de clínica médica em cada prestador nas internações hospitalares pelo SUS, situação esta que até o momento não é uma realidade no sistema local de saúde. Tal conhecimento pode fornecer subsídios para a gestão local, caracterizando os grupos de procedimentos que sofreram incremento no período, contribuindo para a ordenação do sistema local de saúde centrada nas necessidades de saúde da população, na adequação da alocação e distribuição dos recursos financeiros e na melhoria da atenção à saúde da população.

## OBJETIVO

Identificar e descrever a produção física e financeira dos grupos de procedimentos principais, em clínica médica, nas internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria Municipal de Saúde Ribeirão Preto (SMS-RP).

Trata-se de pesquisa de cunho descritivo, transversal, de base populacional, utilizando dados quantitativos.

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, município situado na região nordeste do estado de São Paulo, em 2007, com população de 551.312 habitantes que chega a 1.214.712 quando considerada a população de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS-XIII)<sup>(8)</sup>. É um município-sede da região, pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, com destaque para a área da saúde.

Quanto à gestão em saúde, o município está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal. Executa e gerencia a atenção básica, desenvolve ações preventivas e de promoção da saúde em unidades próprias; em nível secundário, provê condições para a atenção especializada e de maior complexidade em procedimentos diagnósticos e terapêuticos em unidades próprias, conveniadas e contratadas; e, em nível terciário viabiliza acesso a serviços de internação hospitalar contratados/conveniados. É previsto um fluxo de atendimento hierarquizado e regionalizado,

que parte das ações básicas disponíveis em nível ambulatorial para as ações especializadas realizadas em âmbito hospitalar<sup>(9)</sup>.

A organização do fluxo de atendimento ocorre por meio dos instrumentos de referência e contra-referência, além de existir uma Central de Regulação Médica que tem a finalidade de regular o fluxo de pacientes segundo as necessidades do usuário.

A SMS-RP mantém convênio/contrato pelo SUS com cinco hospitais, sendo quatro filantrópicos e um privado, totalizando 594 leitos, dos quais 282 são disponibilizados para o SUS.

Foram considerados campos de estudo desta pesquisa cinco hospitais gerais conveniados/contratados pelo SUS através da SMS-RP, a partir do seguinte critério: instituições que apresentaram ao longo do período de estudo uma demanda expressiva de procedimentos principais em internações na especialidade de clínica médica e, por consequência, consumiram valores significativos de recursos financeiros.

A escolha do período de estudo (1996-2003) justifica-se porque coincide com o início da habilitação do município à gestão semiplena, quando Ribeirão Preto assumiu a responsabilidade pela gestão local do sistema de saúde, incluindo as internações nos hospitais conveniados/contratados pelo SUS e, por se constituir no mesmo período de estudo anterior cujos resultados evidenciaram o incremento de procedimentos produzidos em internações na especialidade de clínica médica.

A população de estudo foi constituída por todos os procedimentos principais das internações hospitalares processadas/pagas pela SMS-RP, através do SIH-SUS, na especialidade de clínica médica, segundo prestador para o período 1996-2003, no município estudado.

Foram critérios de inclusão no estudo: os procedimentos principais das internações em clínica médica regulados, realizados, autorizados, auditados por críticas do sistema de informação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), remunerados pela SMS-RP e que, portanto, atenderam as exigências preconizadas pelo SIH-SUS.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a pesquisa documental e o procedimento adotado constou de consulta a um banco de dados referente às interna-

ções hospitalares, formado a partir de informações oficiais da SMS-RP e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Nos referidos bancos de dados, foram coletados dados da produção mensal de AIH pagas na especialidade de clínica médica, particularmente detalhadas quanto aos procedimentos principais realizados e o respectivo pagamento autorizado para cada prestador, em seguida foram agrupados por ano.

Considerando o expressivo contingente de procedimentos, estes foram agrupados em subespecialidades seguindo a terminologia empregada pelo DATASUS: afecções neurológicas; doenças do sistema cardiovascular; afecções respiratórias; doenças do aparelho digestivo; afecções gastro-urinárias; doenças infecciosas e parasitárias; distúrbios nutritivos; tratamento clínico de tumores malignos; traumatismo e hospital dia; doenças endócrinas e metabólicas; doenças ósteo-musculo-articular; desidratação aguda; acidentes; doenças de pele; tecido celular e sistema linfático; hemoterapias e quimioterapia; anomalias congênitas e hereditárias; alergologia; envenenamentos e intoxicação.

Para análise foi utilizada estatística descritiva das variáveis estudadas adotando-se a distribuição percentual e a representação gráfica.

A discussão foi desenvolvida a partir do referencial teórico adotado, qual seja a reorganização do sistema de saúde no município na perspectiva do SUS.

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP, sob n.º 0792/2007.

## RESULTADOS

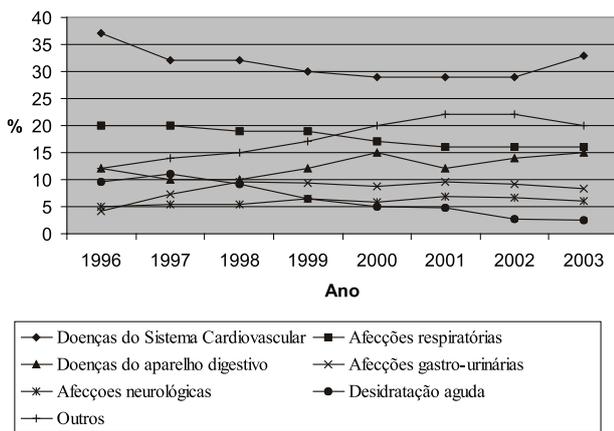
Nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto, no período de estudo, 1996 a 2003, foram processadas/pagas pelo SIH/SUS na especialidade de clínica médica 41.790 internações. Cabe destacar que nesta especialidade, as doenças crônico degenerativas não transmissíveis representam expressivo contingente de procedimentos.

A produção dos procedimentos principais das internações da especialidade de clínica médica, ano a ano, de

1996 (4.200 internações) a 2003 (6794 internações), evidencia que no período de oito anos houve um incremento global de 61,8% no total dos procedimentos produzidos.

Na Figura 1 apresentamos a distribuição percentual da produção física de procedimentos principais nas internações em clínica médica, segundo ano e subespecialidades.

Figura 1 – Distribuição percentual da produção física de procedimentos principais em internações cirúrgicas SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo ano e subespecialidade em clínica médica. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.



Fonte: SMS-RP

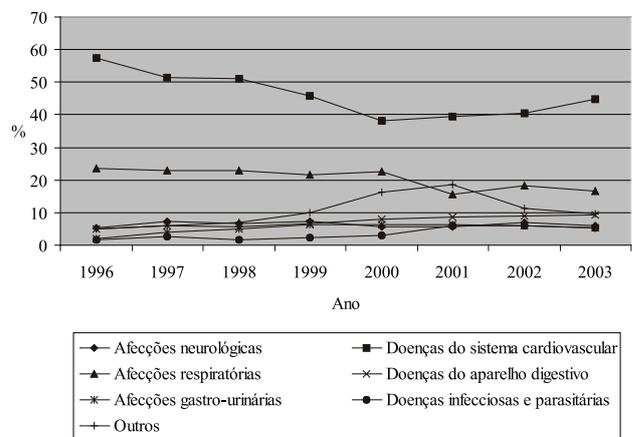
Quando analisadas individualmente as subespecialidades, verificamos que doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo são responsáveis por, respectivamente, 31,1%, 17,5% e 12,8% da produção e, juntas concentram 61,4% das internações no período.

As maiores variações na produção ocorreram entre os anos de 1998 e 1999 crescendo cerca de 24,8%, diminuindo em 2000 e 2001 em cerca de 7,6% e voltando a crescer em 2002 em cerca de 13,3%.

A produção financeira referente aos procedimentos principais das internações da especialidade de clínica de clínica médica, ano a ano, de 1996 (R\$ 1.076.337,28) a 2003 (R\$ 2.900.147,28), indica que no período de oito anos houve um incremento global de 169% nos recursos monetários empregados para pagamento de procedimentos.

Os percentuais dos valores financeiros despendidos com os procedimentos principais nas internações hospitalares nas subespecialidades de clínica médica estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição percentual da produção financeira de procedimentos principais em internações cirúrgicas SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo ano e subespecialidade cirúrgica. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.



Fonte: SMS-RP

As subespecialidades de afecções neurológicas, doenças do sistema cardiovascular e afecções respiratórias foram responsáveis por, respectivamente, 44,1%, 27% e 11,8% dos gastos no período, totalizando 82,9% dos recursos financeiros consumidos. Merece destaque o fato de as afecções neurológicas, no tocante à frequência de procedimentos, serem a quinta subespecialidade mais frequente e a primeira no montante de recursos financeiros, indicando um grupo de procedimentos cujos valores de remuneração são mais elevados em relação aos demais.

É possível com a tabela acima visualizar a produção de procedimentos em cada hospital evidenciando a vocação da instituição nas diferentes subespecialidades.

No hospital A, os procedimentos nas subespecialidades doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo a 30,8%, 20,1% e 11,1% respectivamente. O hospital B apresenta expressiva produção em doenças do sistema cardiovascular, doenças do aparelho digestivo e afecções respiratórias, que totalizam respectivamente, 34,0%, 16,0% e 13% da produção. No hospital C a produção concentra-se doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo, que correspondem por 27,3%, 21,3% e 15% dos procedimentos realizados. Para o hospital D os procedimentos em afecções gastro-urinárias representam 62,0% da produção e, doenças cardiovasculares 22,0%. O

hospital E concentra sua produção em procedimentos com afecções gastro-urinárias, sendo 100%.

**Tabela 1** – Distribuição percentual da produção física de procedimentos principais em internações de clínica médica processadas/pagas pelo SMS-RP, segundo prestadores e subespecialidades médica. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Subespecialidades	Hospital					Total
	A	B	C	D	E	
	%	%	%	%	%	%
Doenças do sistema cardiovascular	30,8	34,0	27,3	22,0	0	31,0
Afecções respiratórias	20,1	13,0	21,3	4,4	0	17,6
Doenças do aparelho digestivo	11,1	16,0	15,0	3,9	0	12,8
Afecções gastro-urinárias	5,6	7,9	6,5	62,0	100,0	8,5
Afecções neurológicas	6,2	7,5	3,4	1,5	0	6,1
Desidratação aguda	2,7	9,7	10,3	2,8	0	5,7
Tratamento de tumores malignos	6,9	3,2	0,4	0	0	4,7
Doenças infecciosas e parasitárias	4,2	1,4	1,7	1,3	0	3,0
Distúrbios nutritivos	4,9	0,7	0,3	0	0	2,9
Traumatismo e Hospital-Dia	1,6	2,8	4,5	1,7	0	2,3
Doenças ósteo-músculo-articular	2,4	2,7	4,2	0	0	2,3
Doenças endócrinas e metabólicas	2,5	0,7	3,9	0,4	0	2,0
Acidentes	0,8	0,1	0,4	0	0	0,9
Envenenamentos e intoxicações	0,1	0,1	0,4	0	0	0,1
Doenças da pele, tec. Cel. Subcutâneo	0,1	0,1	0,3	0	0	0,1
Alergologia	0	0,1	0,1	0	0	0
Hemoterapias e quimioterapia	0	0	0	0	0	0
Anomalias Congênitas e hereditária	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: SMS-RP

A análise da produção financeira, considerando a representação de cada subespecialidade no montante geral da produção e quanto cada hospital consome evidencia que alguns hospitais são responsáveis por expressiva parcela financeira em determinadas subespecialidades. Para o hospital A as subespecialidades afecções neurológicas (58,2%), doenças do sistema cardiovascular (18,5%) e afecções respiratórias (10,1%) concentram respectivamente 86,8% do faturamento em internações em clínica médica.

No hospital B as subespecialidades afecções respiratórias (12,5%), doenças do sistema cardiovascular (55,5%) e afecções neurológicas (8,1%) respondem por 76,1% dos recursos financeiros percebidos em internações médicas. Para o hospital C os gastos com as doenças

do sistema cardiovascular e afecções respiratórias respondem por 67,9% nas internações. A sub-especialidade afecções gastro-urinárias representam 50,3% do faturamento no hospital D. O hospital E conta com 100% dos gastos em afecções gastro-urinárias.

**Tabela 2** – Produção financeira de procedimentos principais em internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo prestadores e subespecialidade médica. Ribeirão Preto, 1996-2003.

Subespecialidades	Hospital					Total
	A	B	C	D	E	
	%	%	%	%	%	%
Afecções neurológicas	58,2	8,1	5,7	1,5	0	44,1
Doenças do sistema cardiovascular	18,5	55,5	37,0	34,0	0	27,0
Afecções respiratórias	10,1	12,5	30,8	5,7	0	11,7
Doenças do aparelho digestivo	3,2	9,2	8,7	2,8	0	4,6
Afecções gastro-urinárias	1,4	4,6	3,4	50,0	100,0	3,3
Doenças infecciosas e parasitárias	3,2	1,4	3,2	2	0	2,9
Distúrbios Nutritivos	1,9	1,8	0,3	0,4	0	1,7
Tratamento clínico de tumores malignos	1,6	1,8	0,1	0	0	1,5
Traumatismos e Hospital-Dia	0,4	1,8	2,5	1,1	0	0,9
Doenças endócrinas e metabólicas	0,7	0,6	3,3	0,7	0	0,9
Doenças Ósteo-Músculo-Articular	0,4	0,8	1,8	0	0	0,6
Desidratação Aguda	0,2	1,2	2,5	1,2	0	0,5
Acidentes	0,2	0,5	0,3	0,1	0	0,2
Doenças da pele, tec. Cel. Subcutâneo, e linfático	0	0	0,3	0	0	0
Envenenamento e intoxicações	0	0,1	0,1	0,1	0	0
Hemoterapias e Quimioterapia	0	0	0	0	0	0
Anomalias congenitas e hereditárias	0	0	0	0,2	0	0
Alergologia	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: SMS-RP

## DISCUSSÃO

Em face da disponibilidade limitada de recursos financeiros para custear a atenção à saúde, a crescente demanda das necessidades de saúde da população, a possibilidade de racionalizar o uso de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros em cada esfera de atenção, as diretrizes do SUS quanto à integralidade e hierarquização, tem emergido a discussão acerca da parcela de participação do hospital no sistema de saúde, bem como as alternativas viáveis de atenção em outros serviços de saúde, neste sentido o olhar pormenorizado para a produção de internações hospitalares pode ser de grande utilidade para reordenar o sistema local de saúde.

Diversas situações causam impacto sobre o hospital devendo ser consideradas na análise das perspectivas e tendências para este serviço, quais sejam: o perfil demográfico tendo o envelhecimento como uma de suas características centrais; o perfil epidemiológico com a diminuição da mortalidade por doenças infecto-contagiosas, o aumento da mortalidade decorrente de doenças crônico-degenerativas e causas externas; a acentuada incorporação tecnológica; a medicalização; o fracionamento do cuidado levando a acentuada especialização; a baixa resolubilidade dos serviços de saúde<sup>(10)</sup>.

No perfil epidemiológico atual, a representatividade das doenças crônico-degenerativas pode justificar a expressiva demanda nas subespecialidades de clínica médica. As condições crônicas atualmente constituem o maior problema de saúde em países desenvolvidos e as tendências para os países em desenvolvimento prevêem uma situação similar. As tendências epidemiológicas indicam que haverá aumento das condições crônicas em todo o mundo. Tais condições vêm crescendo em ritmo acelerado, sem distinção de região ou classe social. As condições não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, constituíram 46% da carga global de doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão e câncer<sup>(11)</sup>.

Para que ocorra uma diminuição nesses índices é necessário um trabalho articulado entre a comunidade e as instituições de saúde, no sentido de promover a continuidade e organização, garantir a qualidade por meio de liderança e incentivos, capacitar o pessoal da área de saúde, usando sistemas de informação e apoiando o auto-gerenciamento e a prevenção<sup>(11)</sup>.

Os sistemas de informação constituem um pré-requisito para um tratamento coordenado, integrado e orientado por evidências científicas. Eles podem ser utilizados para monitorar as tendências de saúde, as taxas de natalidade e mortalidade, os processos clínicos de atenção, a implementação de normas e regulamentações, dentre outras coisas<sup>(11)</sup>. Neste sentido entendemos que as informações disponibilizadas pela SIH-SUS podem representar importante ferramenta para o gestor local proceder

ao acompanhamento da produção de internações hospitalares e reordenar o sistema local de saúde.

Cabe destacar que é relevante introduzir a análise de fatores econômicos, na gestão em saúde, como uma possibilidade de ampliar a qualidade da atenção à saúde e a capacidade social de responder às necessidades/demandas da população<sup>(12)</sup>.

Aspectos financeiros podem influenciar o crescimento da produção de internação subestimando as reais necessidades de saúde da população, valorizando subespecialidades com remuneração maior, cujos procedimentos necessitam da incorporação de equipamentos materiais e tecnologias, nas quais os próprios prestadores podem ser mais seletivos para internações que representem maior possibilidade de faturamento, em detrimento de subespecialidades que exigem maior volume de procedimentos relacionados ao processo de cuidar profissional<sup>(1)</sup>.

Nos serviços prestados pelo SUS, os pagamentos penalizam procedimentos mais simples, sejam clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais. Comparando valores de pagamento da tabela SIH-SUS e da Tabela da Associação Médica Brasileira é possível constatar que em ambas, os procedimentos cirúrgicos são os mais bem remunerados e, os procedimentos/tratamentos clínicos de doenças mais prevalentes na população como, por exemplo, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e diabetes, recebem uma remuneração inferior<sup>(13)</sup>.

Em clínica médica concentram-se procedimentos que demandam expressivo volume de cuidados assistenciais de profissionais de saúde em detrimento de recursos tecnológicos. Considerando que no valor financeiro pago está computada a alimentação, hotelaria, medicamentos, serviços profissionais médicos e de outras categorias, exames de apoio, diagnose e terapêuticos, pode-se dizer que a tabela SIH/SUS privilegia a remuneração de procedimentos que empregam maior volume de equipamentos e outros aparatos tecnológicos do que as ações especificamente de natureza assistencial<sup>(1)</sup>.

O incremento da produção de internações em determinadas subespecialidades além dos aspectos relativos à necessidade de saúde da população, a vocação, organização e estruturação de cada hospital, representa também uma possibilidade de aumentar receitas, uma lógica admi-

nistrativa dos serviços no sentido de garantir sua sustentação financeira. Cabe destacar que o hospital pertence a uma categoria de prestadores de serviço que no mercado de produção, apresenta produto de valor social e os recursos empregados, finalidades e missão muito peculiares, portanto não podem ser analisados/administrados somente sob a ótica econômica, na perspectiva de compra e venda de produto<sup>(1)</sup>.

Soma-se a esta situação o fato que conhecer as causas de incapacidades e morte pode ajudar a prolongar a vida humana e subsidiar o planejamento de ações de saúde<sup>(14)</sup>.

Entendemos que o acompanhamento da produção de internações hospitalares possibilita não apenas reordenar o sistema local de saúde, mas também redimensionar a participação do hospital neste sistema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida que o processo de descentralização do sistema de saúde se implanta, amplia a importância do papel do gestor municipal na utilização e alocação adequada de recursos financeiros, de modo a otimizar o montante monetário disponível para atender às necessidades de saúde da população, nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde.

A complexidade crescente dos sistemas de saúde, a incorporação tecnológica acentuada, os recursos financeiros limitados frente às necessidades de saúde ilimitadas, requer processos sistemáticos de avaliação por parte do gestor.

As condições crônicas que representam importante contingente de procedimentos em clínica médica estão crescendo em ritmo alarmante exigindo estratégias focadas para a atenção em diferentes níveis de atenção e não apenas na atenção hospitalar.

De modo geral, no período de estudo, houve um incremento nos procedimentos principais nas internações de clínica médica e a produção se concentra nas subespecialidades de doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo. Quando aos recursos financeiros empregados para remuneração das internações as subespecialidades de afecções neurológi-

cas, doenças do sistema cardiovascular e afecções respiratórias são responsáveis por 82,9% dos recursos monetários despendidos no período.

A análise da produção física e financeira indica a especialização dos hospitais em algumas subespecialidades. Tal situação pode decorrer da vocação do hospital, de sua organização de recursos humanos e materiais, mas também é possível que interesses financeiros justifiquem esta especialização.

A constituição histórica de um modelo de organização de sistemas de saúde hospitalocêntricas, reforça a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimentos e de prática de ações de saúde. Somando a isto o atendimento a pessoas gravemente enfermas dá maior visibilidade a estas instituições, inclusive sob a perspectiva dos usuários. Entretanto, sistematicamente vem sendo redefinido o papel dos hospitais nos sistemas locais de saúde.

Embora o estudo não apresente estimativas para os anos subsequentes, o comportamento das diferentes subespecialidades ou os diferentes prestadores hospitalares do município, acredita-se que no processo de gestão, particularmente no que diz respeito à produção de ações na área hospitalar, pressupõe-se objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda, ou seja, faz-se necessário ter uma avaliação contínua deste segmento do sistema local de saúde, tal situação requer processos de avaliação aprimorados que levem em conta o perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população, a capacidade e condições técnico-operacionais dos serviços hospitalares, sejam eles próprios, conveniados ou contratados, a qualificação de seus profissionais, dentre outros.

## REFERÊNCIAS

1. Chaves LDP. Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003 [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
2. Chaves LDP, Anselmi ML. Produção de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006; 27(4):82-91.

3. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Bittencourt SA. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(1):19-30.
5. Amaral ACS. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1617-26.
6. Picolo GD, Chaves LDP, Azevedo ALCS. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. 2009; 11(2):395-402.
7. Castro MSM. A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
8. Datasus: Departamento de Informática do SUS [Internet]. Residentes por município. Brasília: Ministério da Saúde. [citado em 2007 jan 12]. Disponível em: <http://www.DATASUS.gov.br>.
9. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto. Período 2005-2008. Ribeirão Preto; 2005. [citado 2007 jan12]. Disponível em: <http://www.marp.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>.
10. Vecina G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):825-39.
11. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2002. 105 p.
12. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
13. Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC; 2001.
14. Fabrício SCC, Rodrigues RAP Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene*. 2008; 9(2):3-9.

**RECEBIDO:** 13/04/2009

**ACEITO:** 30/09/2009

## CONDUTAS DE ENFERMEIROS NO TRATAMENTO DE FERIDAS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*NURSES' BEHAVIOUR IN THE TREATMENT OF WOUNDS IN AN INTENSIVE CARE UNIT*

*CONDUCTAS DE ENFERMEROS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS EN UNA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA*

ROSA APARECIDA NOGUEIRA MOREIRA<sup>1</sup>

TEREZINHA ALMEIDA QUEIROZ<sup>2</sup>

MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO<sup>3</sup>

THIAGO MOURA DE ARAÚJO<sup>4</sup>

JOSELANY ÁFIO CAETANO<sup>5</sup>

*Estudo exploratório, cujos os dados foram levantados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2007, numa unidade de terapia intensiva de Fortaleza-CE. Teve por objetivo verificar a conduta de enfermeiros de um hospital público de Fortaleza-CE sobre o tratamento de feridas. A coleta de dados se deu por meio do registro de um formulário estruturado. Todos os enfermeiros afirmaram realizar o registro dos cuidados e adotar algum critério de avaliação, específicos para feridas. Em relação aos critérios de avaliação destacaram-se: a presença de exsudato (56,2%), a extensão, profundidade e tipo de tecido, todos com 43,7% das respostas. Cerca de 93,7% dos pesquisados consideram o trabalho multiprofissional importante no tratamento das feridas. Constatou-se que os enfermeiros conhecem bem os métodos terapêuticos no cuidado de feridas.*

**DESCRITORES:** Cuidados de Enfermagem; Cicatrização de Feridas; Unidades de Terapia Intensiva.

*This is an exploratory study whose data were collected during the months of January and February 2007 in an intensive care unit in Fortaleza-CE. The aim of the study was to check the behavior of nurses in a public hospital in Fortaleza-CE on the treatment of wounds. The data collection was given through the record of a structured form. All the nurses said to accomplish the record of care and adopt some criteria of evaluation, specific to wounds. Regarding the assessment criteria emphasized: the presence of exudate (56.2%), the extent, depth and type of tissue, all of which with 43.7% of the answers. About 93.7% of the subjects surveyed consider the work important in the multidisciplinary treatment of wounds. It was found that nurses are well aware of the therapeutic methods in the treatment of wounds.*

**DESCRIPTORS:** Nursing care; Wound Healing; Intensive Care Units.

*Se trata de un estudio exploratorio, con datos recogidos entre los meses de enero y febrero del 2007, en una unidad de vigilancia intensiva de Fortaleza – CE. La finalidad del estudio fue verificar la conducta de enfermeros de un hospital público de Fortaleza-CE sobre el tratamiento de heridas. Los datos se recogieron a través del registro de un formulario estructurado. Todos los enfermeros afirmaron que realizaban el registro de los cuidados y adoptaban algún criterio de evaluación, específicos para las heridas. Sobre los criterios de evaluación se destacaron: la presencia de exudado (56,2%), la amplitud, profundidad y tipo de tejido, todos con 43,7% de las respuestas. Cerca de 93,7% de los investigados consideran importante el trabajo multidisciplinario en el tratamiento de heridas. Se verificó que los enfermeros conocen bien los métodos terapéuticos en el cuidado de heridas.*

**DESCRIPTORES:** Atención de Enfermería; Cicatrización de heridas; Unidades de Terapia Intensiva

1 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. End: Rua Isac Amaral, nº 112, apart 602, Dionísio Torres; Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: nogueiramoreira@bol.com.br

2 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Bloco Cirúrgico da UECE e Membro da Diretoria da ABEn-Ceará. End: Rua Cruz Abreu, nº 193, São João do Tauape; Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: terezinha-queiroz@ig.com.br

3 Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Bolsista CAPES. Endereço: Rua Conselheiro da Silva, 708, Jardim Violeta, CEP: 60862610. Fortaleza-CE, Brasil. Email: marciofma@yahoo.com.br

4 Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC. Endereço: Rua Conselheiro da Silva, 708, Jardim Violeta, CEP: 60862610. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: thiagomouraenf@yahoo.com.br

5 Doutora em Enfermagem/Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo, CEP 60430-160 – Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br

## INTRODUÇÃO

As feridas são injúrias dermatológicas que quando não tratadas adequadamente são responsáveis por lesões maiores e/ou perda de função da região acometida. O desenvolvimento de feridas é um grande problema de saúde que envolve vários fatores relacionados ao paciente e ao seu meio externo<sup>(1)</sup>. E a ascensão desse problema em clientes hospitalizados, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), é um parâmetro negativo para a qualidade assistencial, já que a sua gênese se associa diretamente ao aumento do tempo de hospitalização, do risco de complicações e dos custos<sup>(2)</sup>.

Mediante esse panorama, os enfermeiros já perceberam a importância da avaliação de feridas e curativos, de maneira que eles buscam, continuamente, o desenvolvimento de protocolos para o registro e tratamento adequados, permitindo um cuidado diário pela equipe de enfermagem.

Entretanto, em boa parte dos casos, fica a critério do enfermeiro desenvolver e adotar rotinas de cuidados e de prevenção no manejo dessas feridas, quando contrariamente, toda a equipe de saúde deveria se sensibilizar com esse problema, procurando conhecer fatores de risco, tratamentos e prevenção<sup>(1,3,4)</sup>.

Essa necessidade da equipe de saúde em conhecer as causas e fatores de risco para o desenvolvimento de feridas permitiu que hoje, exista uma vasta gama de instrumentos para a avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões dermatológicas em clientes internados, além de sistematizações preventivas e paliativas<sup>(5)</sup>.

Além disto, avaliação de feridas em UTI tem sido uma prática recorrente. Os pacientes/clientes de UTI por vivenciarem períodos de mudanças bruscas do nível de consciência, deficiências imunológicas e motoras, além de serem portadores de condições mórbidas crônicas, estão mais propensos ao desenvolvimento de lesões dermatológicas<sup>(1, 6)</sup>.

Acerca do paciente crítico é pertinente reforçar que certas drogas, mesmo sendo necessárias para terapêutica intensiva, podem desencadear alterações orgânicas que favorecem o desenvolvimento, por exemplo, de úlcera de pressão (UP), a saber: hipotensores, corticóides, sedativos

e catecolaminas. Estas últimas drogas, especificamente, diminuem a perfusão periférica e aumentam o risco de lesão tissular em áreas vulneráveis como os calcâneos. Assim, não deve-se eximir os casos de UP causados por iatrogenia<sup>(7)</sup>.

O cuidado de enfermagem é um ponto chave nos resultados dos clientes hospitalizados com feridas, porém, esses resultados também são influenciados pela severidade e complexidade das condições do paciente e a infraestrutura do ambiente<sup>(8, 9)</sup>. Entendendo que o cuidado de enfermagem se configura como um importante preditor para o tratamento de feridas, objetivou-se neste estudo conhecer as condutas de enfermeiros de um hospital público sobre o tratamento de feridas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória-descritiva com uma abordagem quantitativa. A opção pelo método descritivo se deu devido o desejo dos autores do estudo de conhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros do hospital, local do estudo, no tratamento de feridas, seus traços característicos a fim de planejar soluções para a problemática das feridas. Dessa forma, a pesquisa descritiva é apropriada, pois ela visa caracterizar um determinado fenômeno ou estabelecer relações entre as variáveis<sup>(10)</sup>.

O cenário foi um hospital público estadual de especialidades médicas da cidade de Fortaleza-Ceará, que possui abrangência terciária-quaternária, referência na assistência em especialidades clínicas na região nortenordeste.

A população do estudo foi composta por enfermeiros assistenciais que atuavam nas UTI's da referida unidade hospitalar. Essa organização de saúde conta com três unidades de tratamento crítico. Uma delas é destinada à neonatologia, sendo excluída dessa investigação devido o caráter específico da terapêutica nesse local. Assim, os dados do estudo contemplaram os enfermeiros das UTI 1 e 3, perfazendo um total de 24 profissionais.

A partir desse número, todos esses profissionais foram contactados e convidados a participar do estudo, contudo, somente 16 aceitaram integrar a pesquisa, sendo

esta a amostra final. Para a coleta dos dados, que ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2007, adotou-se um formulário estruturado, abordando características dos enfermeiros como tempo de formação e área de atuação profissional, conhecimentos e cursos sobre curativos e a terapêutica deles no manejo da feridas. Considerou-se conhecimento e cursos sobre feridas qualquer capacitação na temática feridas e/ou curativos com pelo menos 40 horas aulas a partir da conclusão da graduação.

Após a etapa de coleta de dados, as informações foram tabuladas e quantificadas através de tabelas. Posteriormente, realizou-se análise do tipo freqüencial proposta por Bardin e uma discussão conforme literatura científica pertinente<sup>(11)</sup>. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, conforme protocolo n° 090503/07.

## RESULTADOS

Sobre o tempo decorrido entre a formação do enfermeiro e o ano de sua titulação, 75% dos participantes possuem entre um e três anos e, deste valor 62,5% afirmaram ter curso de pós-graduação. Cerca de 20% dos estudantes tinha apenas a graduação (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos enfermeiros, conforme a relação entre tempo de formação e titulação. Fortaleza-CE. 2008.

Tempo de formação	Titulação				Total	
	Graduado		Pós-graduado		N	%
	N	%	N	%		
Menos de 1 ano	1	6,2	-	-	1	6,2
1-3 anos	2	12,5	10	62,5	12	75,0
4-10 anos	-	-	2	12,5	2	12,5
> 10 anos	-	-	1	6,2	1	6,2
Total	3	18,7	13	81,2	16	100

Ao se investigar sobre o ambiente de trabalho e a realização de cursos sobre o tema feridas, 93,7% dos participantes exerciam a enfermagem em mais de uma instituição, sendo destacável o binômio UTI e Saúde Pública, bem como UTI e área hospitalar, ambos com 37,5% de participação nas respostas. Nenhum enfermeiro mencionou exercer uma função autônoma, paralelamente, a função de enfermeiro intensivista.

O quantitativo 37,5% também foi o mesmo que configurou o número de enfermeiros que trabalham em

UTI, mas não possui curso na área de feridas, contudo, há que se ressaltar que a análise da tabela mostra que boa parte dos enfermeiros de unidades críticas, 62,5%, buscam aprimorar seus conhecimentos no quesito feridas (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição dos enfermeiros, conforme a relação entre área de atuação e curso na área de feridas. Fortaleza-CE. 2008.

Ambiente de trabalho	Curso na área de feridas				TOTAL	
	SIM		NÃO		N	%
	N	%	N	%		
Somente UTI	1	6,2	-	-	1	6,2
UTI + Saúde Pública	4	25,0	2	12,5	6	37,5
UTI + Hospitalar*	3	18,7	3	18,7	6	37,5
UTI + Ensino	-	-	1	6,2	1	6,2
UTI + Auditoria	2	12,5	-	-	2	12,5
UTI + Autônomo	-	-	-	-	-	-
Total	10	62,5	6	37,5	16	100

\* Ambiente hospitalar diferente da unidade de cuidados intensivos

Quando investigados sobre o assunto em evidência todos os enfermeiros da amostra afirmaram realizar o registro dos cuidados, assim como utilizavam algum critério de avaliação para o tratamento específico de feridas.

Porém percebeu-se, quanto aos critérios de avaliação, que os principais foram: exsudato perfazendo (56%), extensão, profundidade e tipo de tecido, todos com 44% dos apontamentos.

Vale ressaltar que alguns critérios não foram contabilizados na tabela, embora sejam de relevância para a discussão, só foi apresentado uma única vez. Esses critérios de avaliação foram o odor, bordas das feridas, tipo de cicatrização e tempo de evolução da ferida

Destaca-se ainda que 31% dos enfermeiros estudados não informaram ou não sabiam que critério adotar na avaliação de feridas, vejamos como procede a (Tabela 3).

Quanto ao produto adotado na terapêutica das lesões é destacável o uso de ácido graxo essencial e filme transparente com, respectivamente, 81% e 62% das respostas. Outros produtos farmacológicos de boa abrangência nesta instituição foram: Hidrogel, Alginato de cálcio, Hidrocolóide, Carvão ativado, Sulfadiazina de prata, ambas com 50% das respostas conforme Tabela 3.

**Tabela 3** – Descrição dos cuidados do enfermeiro com feridas.

Fortaleza-CE. 2008.

Variáveis	N	%
<b>Critérios para a avaliação de feridas</b>		
Não informou/não sabe	5	31,0
Extensão	7	44,0
Profundidade	7	44,0
Aspecto	2	12,0
Exsudato	9	56,0
Tipo de tecido	7	44,0
Localização	2	12,0
Grau de umidade	2	12,0
Estágio de cicatrização	2	12,0
Presença de infecção	3	19,0
<b>Produto usado no curativo das feridas</b>		
Hidrogel	8	50,0
Alginato de cálcio	8	50,0
Hidrocolóide	8	50,0
Pomadas enzimáticas	4	25,0
Filme transparente	10	62,0
Carvão ativado	8	50,0
Sulfadiazina de prata	8	50,0
Ácido Graxo Essencial	13	81,0
Óleo mineral	3	19,0

Uma informação surgida no decorrer do estudo foi que 75% dos enfermeiros consideram ter pouco conhecimento sobre curativos, mesmo com metade deles tendo afirmado terem feito algum curso sobre feridas. Outro ponto, a ser explanado é que 62,5% dos profissionais consultados afirmaram realizar os curativos com técnica estéril (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição dos enfermeiros, segundo a relação curso de feridas e conhecimento/ de curativos. Fortaleza-CE. 2008.

Variáveis	Realização de curso de feridas		Total	
	Sim	Não	N	%
<b>Conhecimentos sobre curativos</b>				
Sim	3	1	4	25,0
Não	-	-	-	-
Pouco	6	6	12	75,0
<b>Técnica de curativo empregada</b>				
Limpa	-	-	-	-
Estéril	6	4	6	62,5
De acordo com tipo de ferida	3	3	6	37,5

Ao se observar a Tabela 5 constata-se que os profissionais desta pesquisa, (93,7%) consideram importante o trabalho multiprofissional no tratamento das feridas. Outra colaboração importante, referida por eles em (87,5%) foi a do enfermeiro estomoterapeuta.

**Tabela 5** – Descrição dos recursos auxiliares adotados pelos enfermeiros no tratamento das feridas. Fortaleza-CE. 2007.

Medidas auxiliares	N	%
Equipe multiprofissional	15	93,7
Ação intensiva do médico	10	62,5
Ação intensiva do nutricionista	11	68,7
Presença do estomoterapeuta	14	87,5

De acordo com o apresentado na Tabela 5 os investigados do estudo parecem acreditar que a presença de um profissional qualificado como o estomoterapeuta tem dado mais segurança aos trabalhos assistenciais com as feridas.

## DISCUSSÃO

O surgimento de feridas é algo comum em UTI's se configurando como um grande desafio para a assistência de enfermagem e a prevenção dessas lesões dermatológicas<sup>(1)</sup>.

O estudo verificou que a maioria dos enfermeiros vem procurando o aperfeiçoamento tanto com cursos de pós-graduação como com cursos direcionados para o tratamento de feridas, tentando, assim, atender a demanda sobre cuidados com feridas em UTI. Apenas uma minoria dos profissionais desenvolve sua prática mediante os conhecimentos adquiridos na graduação somado apenas a experiência adquirida, não agregando em sua prática outras oportunidades de qualificação profissional, como um curso específico, a exemplo das especializações em estomoterapia ou qualquer outra similar.

Estudo realizado na cidade São Paulo sobre o conhecimento e práticas do enfermeiro no assunto feridas revelou que em relação às fontes de informações para manter-se atualizados, 12,2% dos enfermeiros mencionaram que sempre participam de cursos, discussões científicas ou eventos e grupos de estudo, e 75,5% referiram que participam às vezes. Alguns enfermeiros (12%) reportaram que sempre assinam revistas científicas ou lêem artigos científicos ou usam a biblioteca, enquanto 66,21% mencionaram que algumas vezes fazem estas atividades<sup>(12)</sup>.

O mesmo estudo detectou que somente 8% dos enfermeiros tinham qualquer curso de especialização. Entre eles, foi detectado percentuais baixos de conhecimento sobre a prevenção e técnicas de posicionamento, frente às úlceras por Pressão (UPP). É admirável também o fato

de, na opinião dos enfermeiros (83,3%), o curativo ser atribuição do auxiliar de enfermagem; entretanto, a decisão sobre o tratamento é atributo do enfermeiro, afirmando por (79,2%), e às vezes do médico em (66,7%)<sup>(12)</sup>. Com o avanço das tecnologias na área de feridas, curativos biológicos e diversidade de produtos, surge a necessidade que os profissionais possam compartilhar entre si conhecimentos, capacitando-se, mutuamente, na perspectiva de qualificar melhor os cuidadores na assistência ao paciente e sua família<sup>(13,14)</sup>.

Praticamente, todos os enfermeiros afirmaram adotar algum critério para avaliar as feridas, assim como também, usar algum produto farmacológico na terapêutica das lesões.

O tratamento de feridas vem sendo inovado com o desenvolvimento de novos produtos no mercado, exigindo dos enfermeiros capacitação técnico-científica para avaliar as feridas e indicar o produto adequado para cada uma delas. A avaliação de feridas permite detectar a característica da lesão, sua evolução e conhecer o tratamento a que está sendo submetida, tornando-se importante recurso para intervir no processo de cicatrização<sup>(8)</sup>.

A literatura sustenta o uso de protocolos na avaliação de feridas, desde que essa avaliação de risco seja sempre acompanhada do julgamento clínico do enfermeiro. Primeiro, porque as escalas de risco, por exemplo, para UP, são instrumentos para auxiliar os profissionais na decisão clínica e não substituí-los, já que os fatores de risco não mensurados nas escalas devem ser integrados à avaliação<sup>(1,5)</sup>. Segundo, porque, com exceção do julgamento de enfermeiros estomoterapeutas que são padrão ouro, a avaliação clínica do enfermeiro, isoladamente, será menos eficaz do que a aplicação em conjunto do profissional com o protocolo<sup>(5,7)</sup>. Alguns autores verificaram que a escala de Braden fornece uma melhor avaliação de risco para UP do que a percepção clínica do enfermeiro isolada<sup>(6)</sup>.

É baseado nisto e na confiabilidade e validade de muitos estudos que a *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) recomenda o uso de qualquer escala para a avaliação do risco de UP<sup>(1)</sup>. Outro aspecto que hoje contribui para essa questão é que até mesmo as instituições de saúde governamentais brasileiras, com suas

deficiências, vêm disponibilizando curativos, coberturas biológicas e fármacos para o cuidado das feridas.

Nesse sentido, a indicação de qualquer cobertura biológica ou produto no tratamento das feridas, deve ser personalizada, isto é, deve considerar todos fatores do paciente e os recursos materiais e humanos de que se dispõe, além disso deve se considerar a indicação, os custos e a eficácia do mesmo<sup>(3)</sup>. Na sua maioria, esses produtos tem como finalidade, a saber: promover um ambiente úmido, absorver o excesso de exsudato, realizar desbridamento ou conter infecções tissulares<sup>(15)</sup>.

Dessa forma, é imprescindível o conhecimento do enfermeiro no julgamento clínico desses quadros, a fim de aproveitar a disponibilidade desses recursos que, infelizmente, nem sempre estão disponíveis. No panorama das lesões cutâneas associadas à hospitalização é necessário que se considere o universo de fatores de risco que culminam no surgimento de feridas, a saber: os fatores clínicos, estrutura institucional e a qualidade do cuidado profissional<sup>(1)</sup>.

Durante um bom tempo se pensou ser de responsabilidade exclusiva da enfermagem o surgimento de UPP em pacientes internados. A própria Florence Nightingale sustentava esse discurso. Todavia, hoje, inseridos no discurso do movimento coletivo da promoção da saúde, e, alicerçados em diversas pesquisas; verifica-se que a prevalência de UPP é um indicador chave da qualidade do tratamento oferecido por um hospital. Atualmente, a percepção vigente é de que todos os profissionais de saúde precisam se envolver na prevenção das UPP. Fato é que inúmeras sociedades multidisciplinares surgiram como a *Tissue Viability Society* e o *European Pressure Ulcer Panel* com o intuito de expandir o conhecimento nessa temática<sup>(9,16)</sup>.

A associação do surgimento de UPP com a deficiência na qualidade do cuidado de enfermagem é uma penalidade excessiva à enfermagem por não levar em consideração aspectos administrativos e/ou organizacionais dos serviços de saúde que certamente estão envolvidos na questão da qualidade da assistência<sup>(1)</sup>. O cuidado efetivo de feridas foi um espaço conquistado pela enfermagem seja no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar. Contudo, o processo de cicatrização das feridas exige um

olhar multifacetado, uma atenção especial de todos os profissionais de saúde<sup>(17)</sup>.

Conhecer e entender o que são as UP, suas causas e os fatores de risco para o seu desenvolvimento, permite a toda equipe de saúde implementar ações efetivas de prevenção e tratamento. Quando não é possível prevenir a ocorrência de lesões agudas ou sua cronificação, torna-se fundamental o conhecimento relativo às intervenções que aceleram o processo de cicatrização, reduzem riscos a as complicações, minimizam o sofrimento e melhoram o custo-benefício do tratamento. Há contudo, um conhecimento específico que constitui a base para todas essas medidas: o processo de avaliação e documentação das feridas<sup>(17)</sup>.

Dessa maneira, o enfermeiro deve sempre está consciente de que o seu registro deve ser contínuo, com informações precisas e claras para que se possa evoluir com cuidados de enfermagem direcionados e eficazes que culminam numa melhora sistêmica do cliente e não apenas de suas lesões dermatológicas.

Por fim, deve-se sempre ressaltar que o trabalho multiprofissional desenvolvido em prol do portador de lesão cutânea desempenha uma função abrangente que é cura do cliente, assim, muito mais do que o saber é indispensável motivação para trabalhar em equipe na perspectiva de promover a saúde dos acometidos com feridas e prevenir a ascensão de novos casos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados evidenciou que os enfermeiros participantes do estudo tinham em média três anos de formação acadêmica concluída. Atrelado a experiência profissional e acadêmica muitos desses profissionais também elencaram cursos de pós-graduação na área de feridas para a prestação de um cuidado de enfermagem mais adequado.

Pôde-se observar ainda que nas UTI's investigadas os profissionais tanto realizam algum registro como também usavam algum produto farmacológico no tratamento das feridas. Contudo, nem todos os enfermeiros se mostraram conhecedores da utilização desse arsenal.

Tendo em vista o caráter oneroso do tratamento inadequado das feridas em clientes de UTI's como pro-

longamento da internação, uso de curativos biológicos e até mesmo de antibióticos, no caso de feridas infectadas, ou ainda a incapacitação ou óbito do indivíduo, é necessário o incentivo para o desenvolvimento de novos estudos nessa temática, no contexto cearense, sempre com uma perspectiva multiprofissional, a fim de que se possa conhecer melhor esse quadro nas instituições hospitalares e se chegar a uma solução plausível quanto à melhoria na qualidade do cuidado prestado com feridas.

Nesse sentido, o primeiro passo do enfermeiro é ser habilitado com conhecimentos apropriados e atualizados em cuidados com feridas, não somente para tratar, mas, principalmente para prevenir a formação de lesões em clientes internados em UTI. A atualização desses profissionais podem ser realizadas através de cursos de curta duração ou cursos de especialização em estomoterapia e outros semelhantes.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes LM, Calibri MHL. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados-uma revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Enferm* 2000; 19(2):25-31.
2. Esperón GJA, Angueira CC, Escudero QAI, Ocampo PA, Pérez JJM, Poceiro SSM. et al. Monitorización de úlceras por presión en una Unidad de cuidados intensivos. *Gerokomos* 2007;18(3):40-8.
3. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo:Atheneu; 2003.
4. Fernandes LM. Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de terapia intensiva. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem; 2006. 208 p.
5. Rocha ABL, Barros SMO. Avaliação de risco para úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm.* 2007; 2(20):143-50.
6. Vandenbosch T, Montoye C, Satwicz M, Durkee-Leonard K, Boylan-Lewis B. Predictive validity of the scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk. *Appl Nurs Res.* 1996; 9(2):80-6.

7. Kwong E, Pang S, Wong T, Ho J, Shao-ling X, Li-jun T. Predicting pressure ulcer risk with the modified Braden, Braden, and Norton scales in acute care hospitals in Mainland China. *Appl Nurs Res* 2005; 18(2):122-8.
8. Bajay HM, Araújo EM. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(3):290-5.
9. Dealey C. Cuidando de feridas – um guia para as enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
10. Silva E, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3ª ed. Florianópolis: UFSC; 2001.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
12. Rangel EML. Conhecimento, práticas e fontes de informação de enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e tratamento da úlcera de pressão [dissertação]. Ribeirão preto: Escola de Enfermagem; 2004.
13. Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, editors. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 3<sup>rd</sup> ed. Wayne, PA: HMO Communications; 2001.
14. Gomes FSL, Carvalho DCV. Tratamento de ferida: revisão de literatura. *REME Rev. Min. Enferm.* 2002; 6(1/2):67-72.
15. Pedley GE. Comparison of pressure ulcer grading scales; a study of clinical utility and inter-rater reliability. *Int Nurs Stud* 2004; 41(2):129-40.
16. Aquino PS, Moura LM, Florêncio MIB, Moura ERF. Integração docente-assistencial no cuidado de feridas: relato de experiência. *Rev Rene* 2006; 7(2):81-8.
17. Santos MLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VE. Adaptação transcultural do pressure scale for healing (push) para a língua portuguesa. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13(3):305-13.

**RECEBIDO:** 12/08/2008

**ACEITO:** 08/06/2009

## AUDITORIA DOS REGISTROS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

### REGISTRATION AUDITING IN NURSING CONSULTATION FOLLOWING INFANT GROWTH AND DEVELOPMENT

### AUDITORÍA DE LOS REGISTROS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA QUE ACOMPAÑA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

JESSICA BENTES ABDON<sup>1</sup>  
REGINA CLÁUDIA MELO DODT<sup>2</sup>  
DANIELLY PONTES VIEIRA<sup>3</sup>  
NEUDSON JOHNSON MARTINHO<sup>4</sup>  
ELIONEIDE PAULO CARNEIRO<sup>5</sup>  
LORENA BARBOSA XIMENES<sup>6</sup>

A auditoria possibilita o desenvolvimento de indicadores de assistência, critérios de avaliação e conseqüente geração de novos conhecimentos. Objetivou-se avaliar a qualidade dos registros do exame físico na consulta de Enfermagem, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, mediante aplicação da auditoria nos prontuários. Estudo retrospectivo, de processo e documental, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), em novembro de 2007. Amostra composta por 146 prontuários abertos no ano de 2006, selecionados de forma casual simples. Foram analisados dados referentes à identificação do cliente e do profissional, estrutura do domicílio, presença de rasuras e exame físico. Os dados antropométricos, 80% preenchidos de forma completa, 15% de forma incompleta, 5% não preenchidos e 0% incorretas; todos os demais itens analisados ficaram abaixo destes percentuais. Concluiu-se ser necessário esclarecer os enfermeiros e acadêmicos quanto à importância do preenchimento adequado do prontuário, oferecendo alternativas para melhorar a qualidade dos registros.

**DESCRIPTORES:** Auditoria de Enfermagem; Desenvolvimento infantil; Registros de Enfermagem.

Auditing makes possible the development of assistance indicators, evaluation criteria and, as a consequence, generation of new knowledge. The aim of this research was to evaluate the quality of registrations in physical examinations in nursing consultations during children development and growth accompaniment through auditing in Medical records. This is a retrospective and documental study, quantitative approach accomplished at the Family Development Center (CEDEFAM), in November 2007. The sample was composed by 146 Medical records, open throughout the year 2006, selected at random. The data were analyzed regarding the customer and the professional's identification, home structure, presence of deletions and physical exam registrations. As for the anthropometric data 80% were completely filled out; 15% were not completely filled out; 5% were not filled out at all and 0% was incorrect; all the remaining results were bellow these percentages. It was concluded that it is necessary to explain to the professionals and academics the importance of the appropriate Medical records completion offering alternatives to improve the quality of the registers.

**DESCRIPTORS:** Nursing audit; Child development; Nursing records.

La auditoría viabiliza el desarrollo de indicadores de asistencia, criterios de evaluación y consecuente creación de nuevos conocimientos. El objetivo fue evaluar la calidad de los registros del examen físico en la consulta de Enfermería, durante el acompañamiento del crecimiento y desarrollo infantil, mediante la aplicación de la auditoría en los historiales médicos. Investigación retrospectiva, de proceso y documental, con planteo cuantitativo, hecha en el Centro de Desarrollo Familiar (CEDEFAM), en noviembre del 2007. Muestra compuesta por 146 historiales iniciados en el año 2006, seleccionados de modo casual y simple. Se analizaron datos referentes a la identificación del cliente y del profesional, estructura del domicilio, presencia de tachaduras y examen físico. Los datos antropométricos, 80% fueron completados de forma correcta, 15% de una manera incompleta, 5% no fueron completados y 0% incorrectos; todos los otros datos estaban abajo de este porcentaje. Se concluye que es necesario explicar a los profesionales y académicos la importancia de rellenar de modo adecuado el historial, ofreciendo alternativas para mejorar la calidad de las anotaciones.

**DESCRIPTORES:** Auditoria de Enfermería; Desarrollo infantil; Registros de Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira da Medicina Preventiva da UNIMED - Fortaleza. Integrante do Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família/Brasil. E-mail: jessicabentes@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin e Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Integrante do Projeto de Pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família/Brasil. E-mail: reginadodt@yahoo.com.br/reginadodt@hias.ce.gov.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Graduada pela UFC. Enfermeira do Hospital Casa de Saúde Adília Maria, no município de Boa Viagem/Brasil. E-mail: daniellypontesvieira@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária. Enfermeiro da Unidade de Cuidado de Enfermagem do Centro de Desenvolvimento Familiar CEDEFAM-UFC; Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão e Professor Assistente do DENE/UFMT/Brasil. E-mail: neudsonjm@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira Assistencial do CEDEFAM/UFC/Brasil. E-mail: reginadodt@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Pesquisadora do CNPq. E-mail: lbximenes@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A palavra auditoria tem origem no latim, que significa “ouvir” (*audire*). Historicamente, toda pessoa com função de verificar a legitimidade dos registros econômico-financeiros e relatar os achados a um superior era considerado auditor<sup>(1)</sup>.

A auditoria em Enfermagem avalia a qualidade da assistência da Enfermagem através dos registros contidos nos prontuários dos pacientes. Este é um processo de avaliação sistemática e formal de uma atividade, feito por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, com objetivo de analisar se tal atividade está de acordo com o proposto<sup>(2)</sup>.

A auditoria constitui-se como ferramenta importante na mensuração da qualidade e custos nas instituições de saúde. Sendo, portanto, a auditoria um instrumento educativo com o qual é possível vislumbrar deficiências e apontar soluções. Os resultados obtidos são repassados à equipe de Enfermagem, que poderá ter uma visão dos pontos positivos e negativos do cuidado prestado, servindo, assim, como instrumento norteador de mudanças<sup>(3)</sup>.

No fim da década de 1980, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) estabeleceu uma série de padrões quanto aos serviços hospitalares para a América Latina, com o intuito de melhorar os serviços dos hospitais e ter parâmetros para promover o aperfeiçoamento deste setor. O Brasil, desde 1995, vem investindo no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, lançando, em 1998, a primeira edição do Manual de Acreditação Hospitalar<sup>(4-5)</sup>.

A qualidade é um processo contínuo e dinâmico de identificação de falhas e de aprimoramento de rotinas e procedimentos. Esse processo deve ser revisado e atualizado periodicamente e deve contar com a participação de todos os funcionários<sup>(6)</sup>. No processo de busca pela qualidade os padrões são estabelecidos progressivamente, através de estudos na própria instituição ou por material padronizado com base em outras organizações semelhantes.

O processo de auditoria em Enfermagem dá-se pela avaliação sistemática da assistência da Enfermagem, através da verificação de seus registros e anotações no pron-

tuário do paciente ou através das condições de saúde do cliente<sup>(7)</sup>.

O registro de informações acerca do paciente no prontuário é o principal meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde, sendo também muito importante na avaliação da assistência prestada, já que constitui uma forma de legitimar o trabalho daquele que o executou, além de servir como um instrumento útil nas ações de ensino e pesquisa. Vale ressaltar que os registros do prontuário são importantes para a tomada de decisões referentes aos cuidados com o paciente, útil, ainda, para analisar seu estado geral, sua evolução e resposta ao tratamento.

O prontuário é um instrumento que deve apresentar uma estrutura sólida, pois representa um documento com valor legal. Para que os dados contidos possam ser úteis, devem ser descritos a situação do paciente, intervenções realizadas e resultados obtidos. Todas as informações contidas no prontuário, registradas pela equipe de Enfermagem, têm por objetivo gerenciar a assistência e avaliar sua qualidade, tendo grande significado na assistência de Enfermagem<sup>(8-10)</sup>. A puericultura atua contínua e integralmente sobre a díade mãe e filho, acompanhando a criança, principalmente, em seu primeiro ano de vida; nas unidades básicas de saúde este acompanhamento é realizado pelo enfermeiro. Na consulta de Enfermagem, a criança é acompanhada e avaliada, com subsequente orientação à mãe e/ou outros familiares, abordando o crescimento físico e nutricional, desenvolvimento motor, social e afetivo, situação vacinal, higiene pessoal, domiciliar e ambiental, segurança e proteção contra acidentes, identificação de agravos e situação de risco, e encaminhamento para outros profissionais ou instituições, quando necessário<sup>(11)</sup>.

O exame físico representa parte importante da consulta de Enfermagem, pois complementa os dados obtidos na entrevista. Na primeira consulta do crescimento e desenvolvimento infantil o exame físico deve ser feito de forma rigorosa e completa para servir de comparativo durante as posteriores avaliações mensais da criança.

A resolução 272/2002 do COFEN, Art 1.º, considera que no exame físico o enfermeiro deve realizar as técnicas da inspeção, ausculta, palpação e percussão, criteriosamente, para efetuar o levantamento de dados a respeito

da saúde do paciente e anotar as eventuais anormalidades encontradas, como meio de validar as informações contidas no histórico<sup>(12)</sup>.

Diante dessas considerações, este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade dos registros do exame físico na consulta de Enfermagem, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, mediante a aplicação da auditoria nos prontuários.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo retrospectivo, de processo e documental, com abordagem quantitativa. O estudo retrospectivo se caracteriza pelas informações coletadas a partir dos registros de enfermagem contidos no prontuário do paciente. A abordagem quantitativa permitiu explorar o tema visando criar um resultado com uma maior aproximação possível da realidade referente ao tema escolhido.

A auditoria caracteriza-se como documental quanto à forma, já que, em sua análise utiliza somente documentos disponíveis ao auditor que, ao avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, possibilita a mensuração da qualidade dos serviços prestados à clientela<sup>(7)</sup>.

O estudo foi realizado na Unidade de Cuidado de Enfermagem do Centro de Desenvolvimento Familiar (CE-DEFAM), situado no município de Fortaleza, utilizado como campo de prática para o curso de Graduação em Enfermagem e demais cursos da Universidade Federal do Ceará (UFC). As atividades de Enfermagem são norteadas pela aplicação do processo de enfermagem no acompanhamento das famílias e das crianças, realizado por acadêmicos de Enfermagem, supervisionados por enfermeiros e docentes do curso de Graduação em Enfermagem da UFC.

Constituiu o universo deste estudo todos os prontuários abertos no ano de 2006 para consultas de crianças de até um ano de idade, sendo a amostra composta por 146 prontuários, selecionada de forma casual simples, em que todos possuíam a mesma probabilidade de serem escolhidos, sendo obtidos através de sorteio<sup>(13)</sup>.

A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2007, utilizando um instrumento adaptado para o atendimento à criança na atenção básica e analisado de acordo com o estudo, no qual foram definidos níveis de avaliação

para o preenchimento, variando entre: 1. não se aplica; 2. completo; 3. incompleto; 4. não preenchido; e 5. incorreto. Foram considerados como bons resultados 80% dos prontuários, preenchidos de forma completa, 15% de forma incompleta, 5% não preenchidos e 0% incorretas<sup>(14)</sup>. Foram analisados os registros da primeira consulta de enfermagem do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nos prontuários selecionados, considerando-se que este deve ser o mais completo possível.

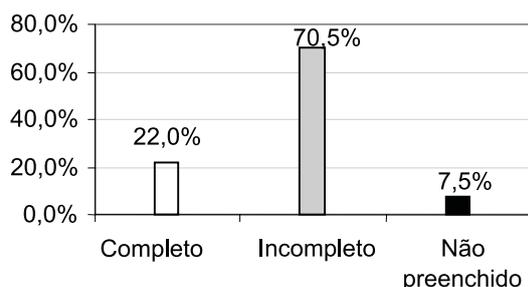
O estudo obedeceu aos preceitos éticos preconizados pela Resolução nº. 196/96<sup>(15)</sup>, instituídos pelo Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC, e deferido com o protocolo nº.232/07. Antecedendo à entrada no campo, solicitou-se a permissão da coordenadora da instituição para a execução do estudo. Devido ao caráter documental da pesquisa, não foi necessário o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os resultados obtidos foram processados no programa EPI Info, discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente, apresentados na forma de gráficos, utilizando frequência relativa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O exame físico da criança menor de um ano representa elemento importante da consulta de enfermagem, visto que embasa os achados encontrados na entrevista junto ao acompanhante. Apesar de relevante o registro de tais informações encontrou-se deficiente em grande quantidade de prontuários. Os registros contemplaram: identificação do cliente, identificação do profissional, presença de rasuras e registro de dados do exame físico da criança. Optou-se em discutir a avaliação física das crianças nos seguintes segmentos corporais: avaliação da cabeça, pulmonar, cardíaca, abdominal, membros, genitália e pele.

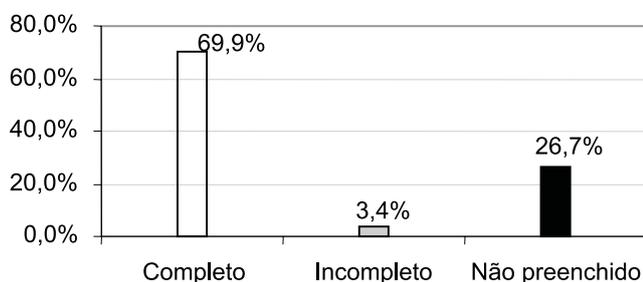
Em relação à identificação do cliente, apenas 22,0% dos registros foram considerados completos; os registros considerados incompletos alcançaram o percentual de 70,5%, sendo que a falta de preenchimento do genograma foi o principal motivo desta classificação; o não preenchimento alcançou o índice de 7,5%, mantendo-se próximo ao esperado de 5%<sup>(14)</sup>.



**Gráfico 1.** Distribuição do número de prontuários, segundo a identificação da estrutura da família. CEDEFAM, 2006.

É oportuno que o profissional de Enfermagem esteja atento para as condições atuais das famílias que acompanha, pois estes dados direcionarão o modo como o enfermeiro implementará sua assistência a fim de que atenda às reais necessidades de todos os familiares e principalmente da criança.

A importância de se analisar os dados da família é ressaltada, pois o conhecimento da situação socioeconômica desta influencia diretamente no desenvolvimento somático e intelectual do infante, e a maneira como a família cuida dos filhos poderá influenciar na forma como as crianças vivenciarão o seu processo de ser/estar saudável/doecer/curar<sup>(16)</sup>.

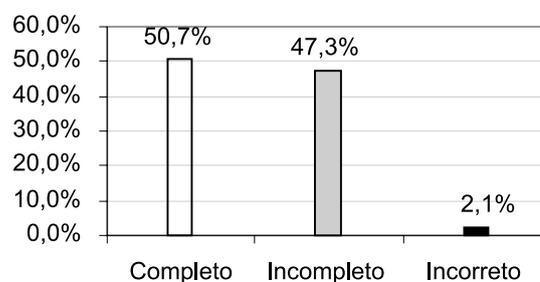


**Gráfico 2.** Distribuição do número de prontuários, segundo a estrutura do domicílio. CEDEFAM, 2006

Os dados referentes à estrutura do domicílio foram preenchidos de forma completa em 69,9% dos prontuários e apenas 3,4% preenchidos de forma incompleta. Porém, em 26,7% dos prontuários estes dados estavam ausentes, o que significa um percentual elevado, se comparado a outro estudo, cujo índice é de 5% de não preenchimento<sup>(14)</sup>. Além disso, não é possível afirmar que dados referentes à estrutura do domicílio, contidos nos 146 prontuários analisados, estavam atualizados.

A família precisa prover aos seus membros condições adequadas de vida, através da criação e manutenção de um ambiente físico favorável ao crescimento

de todos os seus familiares, pois a família se apresenta como forma de proteção dos seus membros a partir dos diversos cuidados que oferece, tais como: higiene pessoal, salubridade e adequação da habitação, alimentação, vestimenta adequada e prevenção de acidentes, dentre outros.



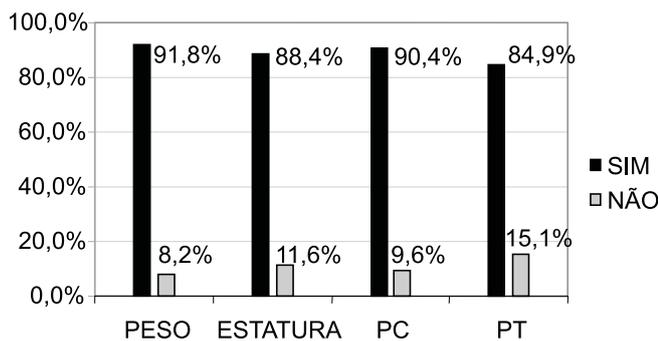
**Gráfico 3.** Distribuição do número de prontuários, segundo a identificação do profissional e acadêmico de Enfermagem. CEDEFAM, 2006.

De acordo com o gráfico 3, pode-se constatar que 98% dos prontuários estavam preenchidos, sendo que 50,7% com registros completos, 47,3% incompletos, muitas vezes faltando o sobrenome de acadêmicos, e em 2,1% continham uma assinatura ilegível, impossibilitando identificar quem havia realizado a consulta. Diante deste resultado, conclui-se que a identificação do examinador no CEDEFAM está sendo feita de forma satisfatória, visto que em outros estudos este é um dado comumente negligenciado<sup>(17-18)</sup>.

A presença de rasuras foi observada em 15,1% dos prontuários. Este resultado mostra que ainda há o uso indevido deste tipo de correção, sendo importante salientar, principalmente junto aos alunos, que esta prática é vetada pelo Conselho Federal de Enfermagem<sup>(12)</sup>.

A principal forma de rasura identificada por este estudo foi pelo uso de líquidos corretivos. É importante que o estudante, durante sua prática, habitue-se a cumprir as determinações legais e, principalmente, tenha consciência da importância do prontuário como um registro fidedigno do atendimento ao cliente.

O registro do exame físico foi dividido em dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico e perímetro torácico), exame da cabeça (fontanelas, olhos, nariz, ouvidos e boca), avaliação cardíaca e pulmonar, avaliação da genitália, dos membros, pele e reflexos.



**Gráfico 4.** Distribuição do número de prontuários segundo registro dos dados antropométricos. CEDEFAM, 2006.

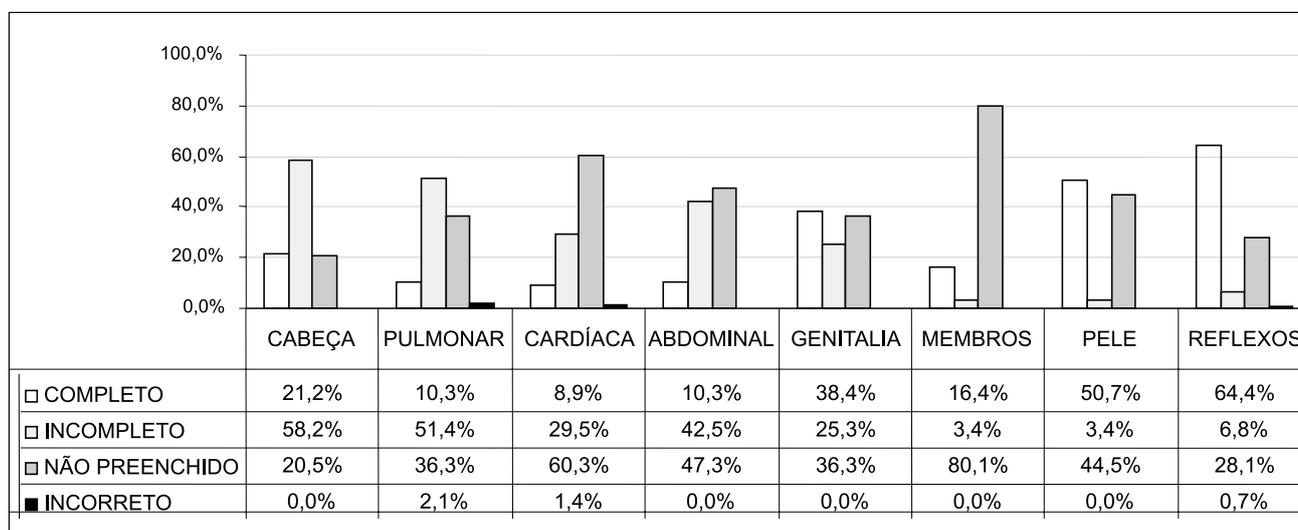
A avaliação do crescimento é composta pela análise do ganho ponderal e da estatura da criança, além do acompanhamento dos perímetros cefálico e torácico a cada consulta. Nos dados antropométricos, os registros foram considerados completos em 91,8% dos prontuários em relação ao peso da criança; quanto à estatura, o percentual foi de 88,4%; o registro da medida do perímetro cefálico esteve presente em 90,4%; do perímetro torácico, em 84,9% dos prontuários, sendo este último o que obteve menor índice de preenchimento. Estes resultados mostram-se bastante satisfatórios ao compararmos com outros estudos que determinam um percentual acima dos 80% como um bom resultado<sup>(17-18)</sup>.

Na avaliação da cabeça é oportuno que o profissional examine a conformação geral e simetria, fontanelas, implantação das orelhas, displasias do pavilhão auricular, olhos, secreção conjuntival, coanas e coriza, dentre outros aspectos<sup>(19-20)</sup>. Dentre os registros sobre a avaliação da cabeça, um percentual de 21,2% dos prontuários possuía re-

gistro completo. Percebe-se um índice elevado de registros incompletos, alcançando um percentual de 58,2%, e de não preenchimento, com 20,5% dos prontuários. Podemos atribuir estes resultados à grande quantidade de estruturas a serem avaliadas e à possível omissão de registros por considerar que achados normais não devem ser anotados.

Os distúrbios respiratórios acometem mais comumente as crianças na primeira e segunda infância e como nas crianças menores as estruturas do trato respiratório são delicadas e próximas, é comum a disseminação de infecções entre as mesmas, o que requer do enfermeiro habilidade e capacitação para realizar uma avaliação criteriosa, a fim de detectar precocemente alterações e referenciar quando necessário<sup>(21)</sup>. Na avaliação pulmonar foram considerados completos apenas 10,3% das anotações feitas nos prontuários analisados; 51,4% foram registrados de forma incompleta, sendo que a frequência respiratória foi o parâmetro menos registrado e 36,3% dos prontuários não contemplavam nenhuma informação a respeito do exame pulmonar – ainda 2,1% desses registros foram preenchidos de forma incorreta por conterem termos inadequados.

A avaliação cardíaca refere-se à ausculta, que tem como objetivo identificar bulhas, frequência e ritmo, pois o coração é o foco principal na avaliação cardiovascular do bebê e na criança. Considerados completos foram apenas 8,9%; os prontuários apresentando dados incompletos corresponderam a 29,5% dos 146 prontuários, sendo a frequência cardíaca o item menos registrado; 60,3% dos prontuários não possuíam nenhum registro em relação à avaliação



**GRÁFICO 5.** DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PRONTUÁRIOS SEGUNDO REGISTROS DO EXAME FÍSICO. CEDEFAM, 2006.

cardíaca. Ainda, encontramos informações incorretas em 1,4% das anotações, sendo utilizados termos inadequados.

A avaliação abdominal consiste na inspeção, ausculta, percussão e palpação do abdome, podendo detectar a presença ou ausência de massas, sensibilidade, aumento de órgão e atividade peristáltica<sup>(22)</sup>. Dentre os prontuários que continham dados a respeito da avaliação abdominal, apenas 10,3% estavam registrados de maneira completa, e uma parcela importante (42,5%) foi considerada incompleta. Além disso, a maioria dos prontuários analisados, 47,2%, não trazia nenhuma informação a respeito da avaliação abdominal.

Ao analisar os registros do exame das genitálias, 38,4% foi classificado como completo 25,3% considerados incompletos, e em 36,3% dos prontuários não havia qualquer informação a respeito deste exame. Avaliar o sistema reprodutivo do neonato e da criança consiste na inspeção da genitália externa, o que possibilita a triagem de distúrbios comuns que surgem em decorrência do desenvolvimento e influências pré-natais.

A avaliação dos membros pode ser realizada separadamente ou integrada a outras partes do exame físico. Neste estudo considerou-se como registro completo, as informações sobre as condições dos membros da criança, quanto às questões osteoarticulares, perfusão e turgor cutâneo<sup>(22)</sup>. Assim, 16,5% dos prontuários continham informações completas a respeito do que foi avaliado pelo acadêmico ou enfermeiro durante a consulta e 3,4% dos registros foram incompletos; entretanto, é preocupante a grande quantidade de prontuários, 80,1%, sem nenhum registro a respeito destas condições.

A pele de lactentes e crianças pequenas torna-se mais susceptível às infecções bacterianas superficiais, pois a epiderme ainda está debilmente presa à derme. As afecções dermatológicas são comuns no primeiro ano de vida da criança, principalmente a dermatite de contato, pelas fraldas, devido ao contato prolongado com as eliminações vesicointestinais<sup>(21)</sup>. Quanto à avaliação da pele, alcançou-se o percentual de 50,7% dos prontuários com anotações consideradas completas e o percentual de preenchimento incompleto de 4,8%, que está dentro do estimado. Contudo, ainda há uma grande quantidade de prontuários (44,5%) que não contêm nenhum registro sobre as condições de pele da criança examinada.

A avaliação precisa do lactente possibilita reconhecer variações precoces da evolução normal. Os reflexos e reações do primeiro ano de vida permitem inferir a estrutura fundamental do cérebro. A ausência ou persistência de alguns reflexos são indicativas de disfunção ou lesão neurológica, e identificar precocemente as anormalidades do desenvolvimento, a priori, pode prevenir ou minimizar seqüelas. O exame neurológico esteve presente de forma completa em 64,4% dos prontuários, 6,8% com registros considerados incompletos e em 28,1% de prontuários não havia nenhum tipo de registro. Estes percentuais são considerados elevados, pois o esperado é de apenas 5%. Ainda foram encontradas informações contraditórias em 0,7% dos prontuários e, neste caso, o registro foi considerado incorreto.

Dentre os dados referentes ao exame físico os que obtiveram percentuais dentro do considerado como bons resultados<sup>(14)</sup>, ou seja, acima de 80% dos prontuários, encontram-se apenas os dados antropométricos. Todos os demais ficaram abaixo desse percentual, com conseqüente elevação dos dados considerados incompletos ou sem nenhum preenchimento. Os itens relativos à avaliação da cabeça, avaliação pulmonar, cardíaca, abdominal, das genitálias e membros obtiveram percentual de registros completos abaixo dos 50% dos prontuários analisados.

## CONCLUSÕES

Através da auditoria foi possível identificar pontos frágeis no registro de enfermagem com relação à identificação do cliente, profissional e, principalmente, o registro do exame físico. Percebemos a importância de ser abordada durante a graduação informações a respeito do preenchimento completo do prontuário, sua importância para a assistência ao paciente e também seus aspectos legais. Além disso, o acadêmico deverá empenhar-se em realizar um atendimento e um registro de qualidade, de forma a enriquecer sua formação profissional e respaldar suas atividades.

Na avaliação da genitália, os profissionais e acadêmicos ficaram atentos para esta região. Entretanto, o número de registros completos não foi satisfatório, o que requer maior atenção ao exame nas crianças e lactentes.

Também podemos considerar que esse grande número de prontuários com registros incompletos ou com

ausência de informações importantes pode ser reflexo de um grande número de dados coletados que devem ser escritos manualmente no prontuário. Talvez a utilização de um instrumento mais objetivo facilitasse o preenchimento destas informações de forma mais ágil, pois a unidade atende grande demanda de consultas, com uma média de 1500 famílias cadastradas.

Por fim, o enfermeiro precisa fazer uma avaliação ampla, considerando todas as atividades que a criança já realiza, observando-a durante toda a consulta, desde o momento que esta ingressa na sala. Logo, esta avaliação do desenvolvimento infantil não é estática, e sim dinâmica, carecendo de habilidades e conhecimentos por parte do avaliador, a fim de identificar o mais precocemente possíveis alterações que precisam de encaminhamentos que resultem em intervenções eficazes para a promoção da saúde infantil.

## REFERÊNCIAS

- Da Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletr Enferm.* [periódico na Internet]. 2007 [citado 2007 abr 11]; 9(2):[cerca de 16 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>
- Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde.* 2004;11(4):210-4.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(2):335-6.
- Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(2):213-9.
- D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações: Ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
- Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Ribeirão Preto: Rev Latino-am Enfermagem.* 2003;11(1):80-7.
- Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(1):56-62.
- Lourenço MR, Zborowski IP, Cury AMB, Trevizan MA, Fávero N. Análise de conteúdo dos registros da equipe de enfermagem. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 May. Ribeirão Preto (SP): SIBRACEN; 2002.
- Moita KMT, Queiroz MVO. Puericultura: concepções e práticas do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. *Rev Rene.* 2005;6(1):9-19.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 272/2002. [Internet] [citado 2007 abr 11]; [cerca de 2 p]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>
- Lavado EL, Castro AA. Projeto de pesquisa (Parte V – amostra). In: Castro AA. Planejamento da pesquisa. São Paulo: AAC; 2001. [citado 2007 abr 11]. Disponível em: <http://www.evidencias.com/planejamento>.
- Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem – O processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Marcondes E, coordenador. *Pediatria básica.* São Paulo: Sarvier; 2002.
- Souza V, Moura FL, Flores ML. Fatores determinantes e conseqüências de falhas registradas na assistência de enfermagem: um processo educativo. *Rev Min Enferm.* 2002; 6(1/2):30-4.
- Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(1):56-62.
- Murahovschi J. *Pediatria: diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Sarvier; 2003.
- Weber JR. *Semiologia: guia prático para enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. *Fundamentos de enfermagem pediátrica.* 7ª ed. São Paulo: Elsevier; 2006.
- Potter P. *Semiologia em enfermagem.* Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.

RECEBIDO: 22/04/2008

ACEITO: 18/02/09

## CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM UNIDADE NEONATAL

### CONSTRUCTION AND VALIDATION OF DATA COLLECTION INSTRUMENT CONTENT IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

### CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS EN UNIDAD NEONATAL

NATALIE DANTAS COSTA LIMA<sup>1</sup>

VIVIANE MARTINS DA SILVA<sup>2</sup>

BEATRIZ AMORIM BELTRÃO<sup>3</sup>

*Para possibilitar um levantamento de dados sistematizado, o estudo objetivou construir e validar um instrumento de avaliação clínica para neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Estudo metodológico realizado durante os meses de janeiro a junho de 2008. Este foi organizado em duas fases: levantamento bibliográfico para subsidiar a construção do instrumento e avaliação da adequação do conteúdo por especialistas do Estado do Ceará. O instrumento foi composto por dez seções: dados pessoais da mãe e recém-nascido, sinais vitais, integridade física/cutâneo-mucosa, cabeça/pescoço, avaliação dos sistemas: nervoso, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário e binômio mãe-filho. Foram inclusos diagnósticos de enfermagem pertinentes para cada seção. Todas as seções foram consideradas adequadas. Quatro seções receberam escore máximo de concordância, sendo estas: dados pessoais da mãe e recém-nascido, cabeça/pescoço, sistema cardiovascular e sistema geniturinário. Acredita-se que a implementação deste instrumento poderá contribuir para que enfermeiros identifiquem indicadores que refletirão possíveis diagnósticos de enfermagem.*

**DESCRIPTORIOS:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Diagnóstico de enfermagem; Coleta de dados.

*To allow systematic data collection, the study aimed to construct and validate a clinical evaluation instrument for neonates hospitalized in the Intensive Care Unit. A methodological study was conducted from January to June 2008, which was organized into two steps: bibliographical search for subsidizing the construction of the instrument and appropriateness of content by experts from the State of Ceará. The instrument was composed of ten sections: personal data of the mother and the newborn, vital signs, physical/skin integrity, head/neck, nervous system, respiratory system, cardiovascular system, gastrointestinal system, urogenital system, and mother-child binomial. Relevant nursing diagnoses to each section were included. All the sections were considered by the experts to be adequate. Four sections received the maximum score of agreement: mother and newborn personal data, head/neck, cardiovascular system and genitourinary system. It is believed that the implementation of this instrument can help nurses to identify indicators that reflect possible nursing diagnoses.*

**DESCRIPTORS:** Intensive Care Units, Neonatal; Nursing diagnosis; Data collection.

*Para efectos de posibilitar la recogida de datos sistematizada, el estudio tuvo como objetivo construir y validar un instrumento de evaluación clínica para neonatos internados en Unidad de Vigilancia Intensiva. Estudio metodológico realizado durante los meses de enero a junio del 2008. Éste fue organizado en dos fases: recopilación bibliográfica para subvencionar la construcción del instrumento y evaluación de la adecuación del contenido por expertos del Estado de Ceará. El instrumento estaba compuesto por diez secciones: datos personales de la madre y recién nacido, signos vitales, integridad física/cutáneo-mucosa, cabeza/cuello, evaluación de los sistemas: nervioso, respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario y binomio madre-hijo. Se incluyeron diagnósticos de enfermería pertinentes para cada sección. Todas las secciones fueron consideradas adecuadas. Cuatro secciones recibieron resultado máximo de consentimiento, siendo éstas: datos personales de la madre y recién nacido, cabeza/cuello, sistema cardiovascular y sistema genitourinario. Se cree que la implementación de este instrumento podrá contribuir para que enfermeros identifiquen indicadores que reflejarán posibles diagnósticos de enfermería.*

**DESCRIPTORIOS:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Diagnóstico de enfermería; Recolección de datos.

1 Enfermeira graduada pela Faculdade Católica Rainha do Sertão/Brasil. E-mail: nataliedcl@gmail.com

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará/Brasil. E-mail: viviane.silva@ufc.br

3 Enfermeira. Aluna de especialização em UTI pela Universidade Estadual do Ceará. Endereço: Rua Monsenhor Catão, 1491 / 101 – Aldeota; CEP: 60175-010/Brasil. E-mail: beatriz.enfermagem@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem consiste em um método por meio do qual o enfermeiro planeja, organiza e presta cuidados, sendo considerado essência da prática da enfermagem. Este auxilia o profissional tanto na tomada de decisões quanto na prevenção e na avaliação das conseqüências<sup>(1)</sup>.

No Brasil existe uma preocupação crescente em assistir o cliente utilizando o processo de enfermagem. Nos últimos anos, este vem sendo adotado como metodologia assistencial, no intuito de ordenar, programar, planejar e sistematizar as atividades do enfermeiro. Além de conferir à profissão um caráter científico, ele contribui para uma melhor qualidade do cuidado<sup>(2)</sup>.

A operacionalização do processo ocorre por meio de fases que podem variar de acordo com a teoria de enfermagem de base. Em geral apresentam-se como levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Ressalta-se que estas etapas estão sobrepostas e inter-relacionadas, caracterizando uma prática dinâmica e sistemática<sup>(1)</sup>.

Sabe-se que um roteiro sistematizado de levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano, torna possível a identificação dos seus problemas. Diante disso é de grande importância que o recém-nascido seja suprido com o mesmo método dinâmico e sistemático na organização de seus cuidados, possibilitando assim o cumprimento de todas as etapas do processo de enfermagem.

Neonatos apresentam instabilidade importante em diversos sistemas de controle hormonais e neurogênicos em função da imaturidade de diversos órgãos e em resposta à adaptação à vida extra-uterina. Desta forma, o enfermeiro deve estar ciente acerca dos comportamentos e características que sinalizam achados normais esperados durante este período de adaptação, além de detectar de forma precoce sinais de alteração que possam levar à descompensação do recém-nascido<sup>(3)</sup>.

A possibilidade de aplicação do processo de enfermagem direcionado ao recém-nascido permite o desenvolvimento de estratégias dinâmicas e sistematizadas que favoreçam a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde.

A construção de um instrumento de coleta de dados em enfermagem visa documentar as informações de forma objetiva, científica e compreensiva, permitindo a identificação de diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, a determinação de ações de enfermagem, gerando uma assistência de excelência<sup>(4)</sup>.

Encontram-se na literatura poucos estudos que versam acerca da construção e validação de instrumentos de coleta de dados para aplicação em neonatos. Vale salientar que a validade de um instrumento representa o grau em que este mede o conteúdo que se propõe a medir. Existem tipos diferentes de validade em função da relevância, totalidade e exatidão: validade de aparência, conteúdo, critério e constructo<sup>(5)</sup>.

Neste estudo, objetivou-se a construção e validação de conteúdo de um instrumento de coleta de dados direcionados para avaliação de saúde em neonatos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do Município de Quixadá – Ceará. Destaca-se que a validade de conteúdo consiste em uma avaliação subjetiva, baseada no julgamento de peritos na área do conteúdo para se determinar se o instrumento explora todas as dimensões e domínios pertinentes ao conceito ou constructo em estudo<sup>(5)</sup>. A importância destes estudos está relacionada ao reconhecimento científico que se associa a um instrumento validado.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, que consiste na investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável, para que possa ser aplicado por outros pesquisadores<sup>(6)</sup>.

O estudo foi desenvolvido durante os meses de janeiro a junho de 2008, e organizado em duas fases. A primeira compreendeu um levantamento de pesquisas publicadas em periódicos indexados nas bases de dados da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica), utilizando como descritores: recém-nascido, cuidados de enfermagem, estudos

de validação e coleta de dados. Os estudos encontrados, juntamente com livros na área de neonatologia, subsidiaram a construção do instrumento de avaliação de saúde para recém-nascidos com base em indicadores/referenciais clínicos identificados, que constituem suas características de normalidade ou anormalidade. O instrumento foi organizado em dez seções: identificação e dados pessoais da mãe e do recém-nascido, sinais vitais, integridade física/cutâneo-mucosa, cabeça/pescoço, sistema nervoso, sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, sistema geniturinário e binômio mãe-filho. A forma de apresentação do instrumento seguiu o modelo proposto por Soares, Pinelli e Abrão<sup>(7)</sup>.

Na segunda fase, o instrumento elaborado foi submetido aos especialistas para avaliação do conteúdo contemplado e a forma de apresentação do mesmo, utilizando como ponto de corte o índice de concordância  $\geq 0,8$ <sup>(8)</sup>. Devido à escassez de autores que versam sobre a determinação do perfil de especialistas em pesquisa, adaptou-se os critérios encontrados na literatura<sup>(9)</sup> para atender a realidade local. Desta forma, considerou-se especialista o enfermeiro com experiência profissional de pelo menos dois anos no ensino ou na assistência na área de saúde da criança, neonatologia ou processo de enfermagem.

Os especialistas foram identificados por meio de busca no currículo Lattes e convidados por meio de carta, encaminhada por correio comum ou eletrônico. Na carta eram explicados o título e os objetivos do estudo e justificativa do processo de validação. Foram convidados 30 enfermeiros. Vale ressaltar que destes, somente 14 enfermeiros responderam ao convite, e que estes se localizavam no Estado do Ceará. Enviou-se posteriormente o termo de consentimento livre e esclarecido, roteiro sobre o processo de validação e instrumento de avaliação. Estabeleceu-se um prazo de 30 dias para devolução do material por meio de correio comum ou eletrônico de acordo com a preferência de cada participante. Os especialistas opinaram sobre a adequação de cada item que compunha a seção e do conjunto da seção com base nos critérios de simplicidade, amplitude, clareza e precisão<sup>(8)</sup>, atribuindo para cada critério notas 1 (não adequado), 2 (dúvida) ou 3 (adequado).

Atribuiu-se o valor -1 para a nota 1, 0 para 2 e +1 para nota 3<sup>(8)</sup>. Posteriormente, foram calculadas as médias aritméticas de cada seção de acordo com o critério avaliado. Os dados foram compilados no programa Excel 2003 e apresentados em quadros. A análise se deu a partir da leitura das frequências numéricas e do índice de concordância entre os especialistas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, procurando atender aos aspectos contidos na resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde<sup>(10)</sup>. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia propostos e foi solicitada a anuência em participar por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido o sigilo da identidade e assegurado à liberdade para que qualquer integrante deixasse o grupo a qualquer momento.

## RESULTADOS

Na primeira fase, encontrou-se 94 publicações por meio da associação dos descritores: cuidados de enfermagem, recém-nascido, estudos de validação e coleta de dados. Contudo, apenas 48 estudos contribuíram para a elaboração do instrumento, uma vez que os demais não atendiam a todos os critérios da busca.

Realizou-se uma leitura exaustiva do material, para determinar as dimensões que comporiam a avaliação clínica do recém-nascido. Estruturou-se uma lista com todas as dimensões propostas, e a partir desta, voltou-se a literatura para definir os referenciais clínicos que seriam investigados em cada dimensão.

As dimensões constituíram as seções do instrumento preliminar de coleta de dados. Este foi então composto por: identificação e dados pessoais da mãe e recém-nascido, sinais vitais, integridade física/cutâneo-mucosa, cabeça/pescoço, sistema nervoso, sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, sistema geniturinário e binômio mãe-filho. Também foram incluídos no referido instrumento os diagnósticos de enfermagem pertinentes para cada seção de acordo com a Taxonomia II proposta pela NANDA – *North American Nursing*

*Association*<sup>(11)</sup>. Vale destacar que os referenciais estabelecidos estavam associados às características definidoras e fatores relacionados destes diagnósticos.

Após construção do instrumento, passou-se para a segunda fase do estudo em que se buscou a avaliação por 14 enfermeiros especialistas que analisaram a adequação dos itens propostos. A Tabela 1 apresenta a caracterização do perfil destes profissionais.

**Tabela 1** – Dados referentes ao perfil dos especialistas que compuseram a pesquisa. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
1. Titulação		
Especialização	08	57,0
Mestrado	06	43,0
2. Instituição		
Hospital	14	100,0
3. Sexo		
Feminino	13	86,0
Masculino	01	14,0
	Média	Desvio-padrão
4. Idade	27,28	2,49
5. Tempo de formação	5,14	2,94
6. Tempo de trabalho	4,71	2,81

Treze especialistas eram do sexo feminino e somente um do sexo masculino. Todos tinham idades entre 24 e 30 anos, com média de 27,28 anos ( $\pm 2,49$  anos). O tempo de formação variou entre 02 e 09 anos, com tempo médio de 5,14 anos ( $\pm 2,94$ ). Quanto à titulação, 57% dos componentes do grupo eram especialistas em enfermagem neonatal. O tempo de trabalho variou em 02 e 09 anos, com média de 4,71 anos ( $\pm 2,81$ ). Quanto à instituição de trabalho, 100% dos componentes trabalhavam em hospitais, na área neonatal ou pediátrica.

Os especialistas emitiram opinião sobre uma lista de dez seções, com relação à adequação dos dados contidos em cada dimensão do instrumento, em relação aos critérios de: simplicidade, precisão, clareza e amplitude. A média aritmética das notas atribuídas a cada um dos critérios avaliados foram calculadas e dispostas na Tabela 2.

Os critérios julgados foram quatro: 1) **simplicidade**: o referencial clínico deve expressar uma única idéia; 2) **precisão**: o referencial deve possuir uma posição definida na seção analisada e ser distinto dos demais referen-

ciais que cobrem a mesma; 3) **clareza**: o referencial deve ser inteligível para as enfermeiras da unidade de terapia intensiva neonatal, com expressões simples e inequívocas; e 4) **amplitude**: o conjunto dos referenciais analisados deve cobrir toda a extensão de magnitude da determinada seção<sup>(8)</sup>.

**Tabela 2** – Índice de concordância dos especialistas quanto à adequação dos dados contidos em cada sistema em relação aos critérios Simplicidade, Precisão, Clareza e Amplitude. Fortaleza-CE, 2008.

Sistemas	Simplicidade	Precisão	Clareza	Amplitude
Identificação e dados pessoais da mãe e recém-nascido	1,00	1,00	1,00	1,00
Sinais Vitais	1,00	1,00	1,00	1,00
Integridade Física/Cutâneo-Mucosa	0,95	0,90	1,00	1,00
Cabeça/Pescoço	1,00	1,00	1,00	1,00
Sistema Nervoso	1,00	0,95	1,00	0,95
Sistema Respiratório	1,00	1,00	1,00	0,95
Sistema Cardiovascular	1,00	1,00	1,00	1,00
Sistema Gastrointestinal	0,95	0,95	1,00	0,95
Sistema Geniturinário	1,00	1,00	1,00	1,00
Binômio Mãe-filho	0,95	0,95	0,95	0,95

Todas as seções foram consideradas adequadas para os quatro critérios, ou seja, obtiveram índice de concordância maior que 0,80. No critério simplicidade, foram obtidos 6 escores máximos; já no critério precisão, foram obtidos 5; no critério clareza, 8; e no critério amplitude, foram obtidos 5 escores máximos.

Quatro dimensões receberam escore máximo de concordância para todos os critérios avaliados, sendo estes: Identificação e dados pessoais da mãe e recém-nascido, Cabeça/Pescoço, Sistema Cardiovascular e Sistema Geniturinário. Vale salientar que não houve sugestões dos especialistas para modificação ou adequação do conteúdo ou estruturação destas seções avaliadas. A adoção das sugestões para as demais seções possibilitou a composição da versão final do instrumento de coleta de dados (Anexo A).

## DISCUSSÃO

A construção de um instrumento de coleta de dados específicos para neonatos pode auxiliar o enfermei-

ro tanto na avaliação do recém-nascido como no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem acurados. No intuito de atender a esta finalidade, o estudo buscou elaborar um instrumento, contemplando itens relacionados aos sinais vitais, integridade física/cutâneo-mucosa, cabeça/pescoço, avaliação dos sistemas: nervoso, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário e binômio mãe-filho. A seguir, será descrita a composição final das seções do instrumento e a avaliação e sugestões dos especialistas.

A primeira seção do instrumento se refere à identificação e dados pessoais da mãe e do recém-nascido e levantamento de informações preliminares que devem ser feito na sala de parto, permitindo que o enfermeiro avalie as possibilidades de alteração que o recém-nascido possa apresentar durante seu desenvolvimento<sup>(12)</sup>. Além dos dados pessoais, o instrumento possibilita ao enfermeiro levantar informações relacionadas ao grupo sanguíneo e fator Rh da mãe, às condições de realização do pré-natal e às intercorrências durante o período gestacional.

No total, a primeira seção foi composta por 20 indicadores relativos aos dados sócio-econômicos e pessoais da mãe e do recém-nascido. Esta recebeu notas máximas por todos os especialistas, obtendo índice de concordância de 100% para os quatro critérios avaliados.

A segunda seção aborda os sinais vitais, que refletem as condições metabólicas, respiratórias, sanguíneas e cardiocirculatórias do recém-nascido. Estes devem ser avaliados a cada 15 minutos durante a primeira hora após o nascimento e verificados em intervalos regulares não superiores a 8 horas até a alta, a fim de garantir ao recém-nascido a adaptação satisfatória à vida extra-uterina<sup>(13)</sup>.

Esta seção, foi constituída por 7 indicadores que devem ser avaliados para verificação dos sinais vitais. Esta dimensão também obteve notas de concordância de 100% por parte dos especialistas, relacionados aos quatro critérios.

A terceira seção compreende a integridade física/cutâneo-mucosa e descreve o exame das características de vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial e mucoso, uso ou não de fototerapia e outras anormalidades da pele do recém-nascido. A pele do recém-nascido fornece informações sobre a nutrição fetal, estado de hidratação

e a maturidade do conceito, além de exteriorizar doenças ectodérmicas genéticas, infecções perinatais e outras doenças extracutâneas que levam a icterícia, cianose, palidez, petéquias, equimoses, edema, etc<sup>(14)</sup>.

Nesta seção foram propostos 28 indicadores que permitem ao enfermeiro avaliar a pele do recém-nascido e identificar possíveis alterações. Com relação aos critérios Clareza e Amplitude, os indicadores que compuseram esta dimensão obtiveram índices de concordância de 100%. Os critérios Simplicidade e Precisão foram avaliados com índices de concordância de 90%. Os especialistas sugeriram adequar os títulos diagnósticos para a última versão da NANDA<sup>(11)</sup>, acrescentar o diagnóstico de enfermagem Termorregulação ineficaz e o indicador pele seca, bem como, substituir os referenciais clínicos: cianose, acrocianose e cianose periorbitário, pelo termo único cianose, incluindo localização.

Para estas seções, foram propostos os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, Hipertermia, Hipotermia, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada, Termorregulação ineficaz, Risco de lesão.

A quarta seção do instrumento aborda a avaliação da cabeça e pescoço do recém-nascido, que compreende a investigação de malformações das estruturas ósseas cranianas e pescoço, exame dos olhos, nariz e cavidade oral, bem como avaliação relacionada à implantação e formação do pavilhão auricular. A presença de alterações nas estruturas ósseas cranianas é freqüente em neonatos expostos à compressão uterina pela pelve materna, devendo ser observadas logo após o nascimento<sup>(14)</sup>. A avaliação das estruturas da cabeça e pescoço possibilita ao enfermeiro identificar precocemente alterações decorrentes de síndromes genéticas diversas<sup>(13)</sup>.

Esta seção foi composta por 44 indicadores relacionados à avaliação minuciosa da cabeça e pescoço do neonato. A apreciação dos especialistas mostrou adequação dos indicadores avaliados, obtendo-se 100% de concordância em relação aos quatro critérios, não sendo sugeridas alterações para esta dimensão. Os diagnósticos de enfermagem direcionados a esta seção foram: Padrão ineficaz de alimentação do bebê, Deglutição prejudicada e Mucosa oral prejudicada.

A quinta seção que compõe o instrumento de coleta de dados consiste no exame do sistema nervoso, em que enfermeiro observa a adaptação do recém-nascido ao ambiente extra-uterino por meio de avaliações do grau de reatividade que este apresenta<sup>(13)</sup>.

Esta seção foi composta por 25 indicadores relacionados à inspeção das fontanelas, verificação de atividade e resposta a estímulos, avaliação da qualidade do choro e dos reflexos do recém-nascido. A avaliação dos especialistas mostrou 100% de adequação da dimensão em relação aos critérios Simplicidade e Clareza. Quanto à Precisão e Amplitude, a apreciação dos especialistas evidenciou índice de concordância de 95%. Estes sugeriram acrescentar ao instrumento a avaliação dos reflexos neonatais.

A sexta seção consiste na avaliação do sistema respiratório por meio de avaliações relacionadas à qualidade, profundidade e dificuldade respiratória, bem como exame da configuração do tórax, necessidade de oxigênio suplementar e ausculta pulmonar. A respiração consiste na necessidade por meio do qual o organismo obtém oxigênio para manutenção da vida celular, sendo de suma importância a avaliação desta função, no intuito de garantir ao recém nascido uma adaptação respiratória bem sucedida<sup>(14)</sup>.

Esta dimensão foi composta por 33 indicadores, e obteve índice de concordância de 100% para os critérios Simplicidade, Precisão e Clareza. O critério amplitude foi avaliado com 95% de concordância pelos especialistas. Estes questionaram a presença do indicador mama na avaliação do sistema respiratório e sugeriram retirá-lo. No entanto, optou-se por manter o referencial clínico por considerá-lo importante para avaliação do recém-nascido. Os autores concordaram que este não pertence à avaliação respiratória. Entretanto, não se encontrou relação entre o indicador e as demais seções. Acerca desta dimensão, os diagnósticos de enfermagem propostos foram: Padrão respiratório ineficaz, Desobstrução ineficaz das vias aérea e Troca de gases prejudicada.

A sétima seção refere-se à avaliação do sistema cardiovascular. Esta consiste na ausculta cardíaca (para avaliação do ritmo e presença de sopros), verificação dos pulsos periféricos, tempo de enchimento capilar e edema. Após o nascimento e clampeamento do cordão umbilical,

ajustes fisiológicos ocorrem para estabelecer a transição da circulação fetal para circulação neonatal. Estes podem gerar instabilidades hemodinâmicas diversas no recém-nascido, sendo primordial a verificação e acompanhamento destas alterações do sistema cardiovascular<sup>(13)</sup>.

Compuseram esta seção 29 indicadores, avaliados com 100% de concordância por parte dos especialistas, que não sugeriam alterações para esta dimensão. Para esta seção do instrumento de coleta de dados, foram propostos os seguintes diagnósticos: Risco de infecção, Perfusão tissular ineficaz, Volume de líquidos deficiente e Volume excessivo de líquidos.

A alimentação e nutrição corretas constituem um dos aspectos mais importantes para a saúde da criança, principalmente no início da vida. A oitava seção do instrumento aborda a avaliação do sistema gastrointestinal, em que o enfermeiro deve inspecionar as características do abdômen e coto umbilical, ausculta intestinal, alimentação, resíduo gástrico, deglutição e evacuações.

Foram sugeridos 35 indicadores para compor a avaliação do sistema gastrointestinal. Esta dimensão obteve índice de concordância de 100% para o critério Clareza e 95% para os critérios de Simplicidade, Precisão e Amplitude. Os especialistas sugeriram transferir o diagnóstico Risco de aspiração da seção do sistema respiratório para esta. Os diagnósticos de enfermagem propostos para esta seção foram: Risco de constipação, Constipação, Diarréia e Risco de aspiração.

A nona seção se refere à avaliação do sistema geniturinário, em que o enfermeiro observa as características da genitália do neonato além de verificar a presença e aspectos da urina. Alterações na perfusão renal e no volume de líquidos do recém-nascido logo após o nascimento pode causar alterações na quantidade e características da urina, a serem observadas pelo enfermeiro durante as primeiras horas de vida<sup>(13)</sup>.

Para esta dimensão, foi sugerida a avaliação de 14 indicadores. Os especialistas atribuíram índice de concordância de 100% para os quatro critérios e não emitiram sugestões relacionadas a esta seção. Os diagnósticos de enfermagem pertinentes e propostos para esta dimensão foram: Retenção urinária, Disposição para eliminação urinária melhorada e Eliminação urinária prejudicada.

A última seção está relacionada ao binômio mãe-filho, que se refere à avaliação do relacionamento e cuidados dos pais com o recém-nascido, amamentação e dados relativos ao histórico gestacional.

A avaliação desta relação mãe e filho deve ser enfocada durante a coleta de dados. O internamento de um filho com poucas horas de vida em uma unidade de tratamento intensivo neonatal, desperta nos pais sentimentos de medo, angústia, ansiedade e impotência diante do risco de morte do filho, podendo afetar diretamente a relação do binômio<sup>(15)</sup>.

A ansiedade e a insegurança, geradas pela existência de dúvidas quanto ao cuidado com o recém-nascido e amamentação, também podem prejudicar de forma significativa, o exercício do papel paterno e materno<sup>(16,17)</sup>. Neste âmbito, torna-se necessário que o instrumento de coleta de dados direcionado ao recém-nascido contenha dados como: gravidez planejada, o envolvimento dos pais com o bebê, presença de estresse, inexperiência com o cuidado ofertado e conhecimentos básicos sobre os benefícios da amamentação, para que o enfermeiro possa proporcionar ações que venham fortalecer o vínculo mãe-bebê e prevenir fatores que prejudiquem essa relação<sup>(15)</sup>.

Esta seção foi contemplada com 16 indicadores relacionados ao vínculo mãe e filho. Os especialistas evidenciaram índice de concordância de 95% para todos os critérios avaliados (Simplicidade, Clareza, Precisão e Amplitude). Estes questionaram a adequação dos indicadores relativos aos diagnósticos de amamentação dentro desta seção, sugerindo a transferência destes para a avaliação do sistema gastrointestinal. No entanto, optou-se pela permanência dos indicadores e dos diagnósticos de amamentação nesta seção ao tomar como base a taxonomia da NANDA<sup>(11)</sup>, que compreende a amamentação como uma associação entre pessoas.

Para esta seção, os diagnósticos de enfermagem pertinentes foram: Paternidade ou maternidade prejudicada, Risco de tensão do papel de cuidador, Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz e Amamentação interrompida.

## CONCLUSÃO

Após avaliação por parte dos especialistas, considera-se que o instrumento poderá facilitar o registro mais ob-

jetivo e claro dos dados. O instrumento foi validado quanto ao seu conteúdo e adaptado de forma mais específica para a sua clientela. Tem-se consciência que a validade de um instrumento exige um processo contínuo constituído por vários estudos.

Julga-se necessário que o enfermeiro perceba a imperiosidade de documentar suas ações e registrar os sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido que ele observa e os problemas que identifica, para subsidiar as ações que deve implementar.

Acredita-se que a implantação deste instrumento poderá contribuir para que os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal exercitem a observação sistemática, identificando e registrando os indicadores que refletirão os possíveis diagnósticos de enfermagem. Desta forma estes profissionais poderão implementar o processo de enfermagem, uma vez que irão dispor de um instrumento que contemplam as necessidades mais frequentemente identificadas no recém-nascido.

Sabe-se que a coleta de dados tem por finalidade identificar os problemas reais ou potenciais do cliente, de forma a subsidiar o plano de cuidados e atender as necessidades encontradas prevenindo as complicações. Esta constitui uma das etapas do processo de enfermagem que exige mais tempo e trabalho, reunindo informações indispensáveis à comprovação da hipótese. Diante disso, apenas a elaboração de um instrumento de coleta de dados não são suficientes para garantir a qualidade que se deseja do serviço de enfermagem, mas necessita ser adicionado ao compromisso dos profissionais por meio da motivação e da competência desempenhando o verdadeiro papel do ser-enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Alfaro-Lefevre R. *Applying Nursing Process: Promoting Collaborative Care*. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
2. Virgínio NA. *Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados [dissertação]*. João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2003.
3. Miranda R. *Re-aprendendo a ser humano: os desafios do enfermeiro e da enfermagem para a humanização*

- do cuidar através da sistematização da assistência. In: Mezzomo AA. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola; 2003.
4. Pivotto F, Lunardi Filho WD, Lunard VL. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. *Cogitare Enferm.* 2004; 9(2):32-42.
  5. Morales RA, Zarat LM. *Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada*. Bogotá: Médica Internacional; 2004.
  6. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
  7. Soares LH, Pinelli FGS, Abrão ACFV. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(2):156-64.
  8. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
  9. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M. *Classification of nursing diagnoses: proceeding of the tenth conference*. Philadelphia: Lippincott; 1994. p.55-62.
  10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 outubro de 1996: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
  11. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificações – 2006-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
  12. Luizari MRE, Ohara CVS, Horta ALM. Assessing the teaching of nursing physical examination in the context of pediatric semiology. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1):66-71.
  13. Kenner C. *Neonatal care*. 2ª ed. Pennsylvania: Springhouse; 1998.
  14. Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. 8ª ed. London: Mosby; 2007.
  15. Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com cuidados tradicionais. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005 5(1):61-9.
  16. Brito RS, Oliveira EF. Opinião do pai sobre o aleitamento materno. *Rev Rene.* 2006; 7(1):9-16.
  17. Gurgel AH, Oliveira JM, Sherlock MSM. Ser-mãe: compreensão dos significados e atitudes de cuidado com o recém-nascido no aleitamento materno. *Rev Rene.* 2009; 10(1):131-8.

**RECEBIDO:** 17/03/2009

**ACEITO:** 26/09/2009

## ANEXO A:

## Instrumento de coleta de dados após adoção das sugestões dos especialistas. Fortaleza-CE, 2008.

Identificação e dados pessoais da mãe e recém-nascido			
Nome da Mãe: Idade:			
Endereço:			
Estado Civil: Naturalidade: Procedência:			
Ocupação: Grau de instrução:			
Prontuário: Motivo da admissão:			
Tipo de Parto: DN: Local do nascimento:			
Apgar 1 minuto: Apgar 5 minuto: Realizado pré-natal? Sim Não Qtd de consulta pré-natal:			
Grupo Sanguíneo da mãe: A B AB O Fator Rh da mãe: Positivo Negativo			
Intercorrências durante a gravidez: _____			
Exame Físico do Recém-Nascido			Diagnósticos de Enfermagem
Sinais Vitais: Data/Hora do exame ____/____/____ : ____ h			
Pulso ____	Local verificado: _____	FC: ____ bat/min	FR: ____ mov/min
Saturação ____ %	Temp. Axilar ____ °C	Temp. Incubadora ____ °C	
Integridade Física / Cutâneo Mucosa			
Fria Morna Descamada Quente Úmida Seca Escoriações Petéquias			Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
Estrias de mecônio Vêrnix caseoso Lanugem Millium sebáceo Equimoses Mancha mongólica Marca fórceps Infiltrações Hematomas : Onde ?			Hipertermia
Outras anormalidades: _____			Hipotermia
Faz uso de fototerapia? Sim Não			Integridade da pele prejudicada
Cor: Rosada Pálida Ictérica Pletórica Mosqueada			Risco de integridade da pele prejudicada
Cianose: Onde? _____			Termorregulação ineficaz
Turgor: Bom Regular Ruim			Risco de lesão
Cabeça/Pescoço			Outro: _____
Cabeça/Pescoço			Diagnósticos de Enfermagem
Cabeça: Anormal Normal Bossa Fraturas Céfal hematoma			
Sujidade: Sim Não Qual: _____			
Outras Anormalidades: _____			
Olhos e Pálpebras: Abertura espontânea Fechado Fixo Secreções			
Edema Hemorragia			
Pupilas: Isocóricas Anisocóricas		Reflexos à luz: Presente Ausente	
Fossas Nasais: Permeáveis Não permeáveis Secreções			Padrão ineficaz de alimentação do bebê
Características: _____			Deglutição prejudicada
Boca e Mucosa: Sujidade SOG Sangramento Ressecamento Sialorréia			Mucosa oral prejudicada
Secreção Ausência de anormalidades Lesão: Qual? _____			Outro: _____
Dentição : Presente Ausente		Palato: Completo Incompleto	
Ouvido: Normal Secreção Deformidades Baixa Lesão: Qual? _____			
Pescoço: Morbidade Simétrico Edema Rigidez nuca Assimétrico			
Lesão: Qual? _____			
Sistema Nervoso			Diagnósticos de Enfermagem
Fontanelas: Normotensa Tensa Cheia Deprimida Abaulada Fechada			
Suturas: Normais Separadas		Tônus: Normal Hipotônico	
Sobrepostas		Flácido Hipertônico	
Atividade Predominante: Alerta Chorando Sono Ativo Sono Profundo			
Choro: Normal Fraco Outros: _____			Outro: _____
Resposta ao estímulo: Vocal Toque Dor Luz Nenhum			
Reflexos: Babinski Corneano Engatinhar Olhos de boneca Defesa Galant Apreensão Moro Pupilar			
Busca Susto Caminhar Sucção			
Sistema Respiratório			Diagnósticos de Enfermagem
Respiração: Regular Irregular Superficial Apnéia Bat. asas do nariz			
Gemido expiratório Taquipnéia Bradipnéia			
Retração: Extrema Intercostal Subcostal			
Configuração do tórax: Simétrico Assimétrico Alteração Anatômica			Padrão respiratório ineficaz
Lesão: Qual? _____			Desobstrução ineficaz das vias aéreas
Mama: Simétrica Assimétrica Túrgida Outras Alterações: _____			Troca de gases prejudicada
Ausculta Pulmonar: Estertores Riscos Sibilos Murmúrios vesiculares			Outro: _____
Diminuídos Riscos Bolhosos			
Secreção Vias Aéreas: Sim Não			
Necessidades de Oxigênio: Ar ambiente Hood Ventilador CPAP nasal			
CPAP endotraqueal O <sub>2</sub> Tubo endotraqueal n° ____ Fixador n° ____ cm.			
Sistema Cardiovascular			Diagnósticos de Enfermagem

<b>Pulso Apical Ritmo:</b> Regular Irregular		<b>Sopro:</b> Ausente Presente		Risco de infecção Perfusão tissular ineficaz Volume de líquidos deficiente Volume excessivo de líquidos Outro: _____	
<b>Perfusão Capilar:</b> Normal (1 a 3) Lento (>3s)		<b>Edema:</b> Ausente Pés Mãos Olhos Generalizado			
<b>Pulso:</b>	<b>Braquial:</b> Presente Cheio Igual Filiforme				
	<b>Femoral :</b> Presente Cheio/ amplo				
	<b>Radial:</b> Presente Igual Ausente Pedial Presente				
<b>Rede Venosa:</b> Visível Pouco visível Explorada					
PICC Cateter venoso central Catéter venoso periférico Catéter umbilical					
Outras alterações:					
<b>Sistema Gastrointestinal</b>					<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Evacuo Nº e Tipo: _____ Não evacuou Não observado					
<b>Ausculta Intestinal:</b> Ruídos hidroaéreos diminuídos Ruídos hidroaéreos aumentados Ruídos hidroaéreos ativos Ruídos hidroaéreos ausentes Anormalidades – Descrever:					
<b>Abdômen:</b> Normotenso Plano Distendido Timpânico					
Sensível ao toque Outros: _____					
<b>Coto Umbilical:</b> Normal Secreções Anormal Hiperemiado Outros:					
<b>Alimentação prévia:</b> Sim Não SOG Leite materno Fórmula					
<b>Deglutição/ Secreção:</b> Coordenada Insuficiente Ausente Não observado					
<b>Resíduo gástrico:</b> Sim Não Claro Amarelado Verde					
Sanguinolento Grumos – quantidade (ml): _____					
<b>Sistema Geniturinário</b>				<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	
<b>Úrina:</b> Presente Ausente Espontânea Clara Turva Hematúria Concentrada					
<b>Genitália:</b> Normal Edemaciada Ambígua Secreção					
Má formação congênita: Lesões: Qual: _____					
Sonda vesical de demora					
<b>Binômio Mãe-filho</b>				<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	
<b>Gravidez:</b> indesejada não planejada		<b>Grande nº de gestações</b>			
<b>Mãe/Pai da criança não envolvido</b>		<b>Gravidade da doença da criança</b>			
<b>Inexperiência com o cuidado ofertado</b>		<b>Nível socioeconômico baixo</b>			
<b>Presença de estresse</b>		<b>Conhecimento deficiente</b>			
<b>Funcionamento cognitivo limitado</b>		<b>Depressão</b>			
<b>Criança satisfeita após a mamada:</b> Sim Não		<b>Verbalização de satisfação com amamentação:</b> Sim Não			
<b>Conhecimento básico sobre amamentação:</b> Sim Não		<b>Esvaziamento da mama:</b> Total Parcial			
<b>Estrutura mamária normal</b>		<b>Ordenha:</b> Sim Não			

# VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: ROMPENDO O SILÊNCIO

## VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENT: BREAKING THE SILENCE

## VIOLENCIA CONTRA NIÑO Y ADOLESCENTE: ROMPIENDO EL SILENCIO

ESTELA MARIA LEITE MEIRELLES MONTEIRO<sup>1</sup>

WALDEMAR BRANDÃO NETO<sup>2</sup>

ISLAN MOISALYE BARBOSA GOMES<sup>2</sup>

ROBERTA BIONDI NERY DE FREITAS<sup>2</sup>

CAMILA LIMA BRADY<sup>2</sup>

MARTA ÚRSULA BARBOSA DE MORAES<sup>2</sup>

*Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa, com o objetivo de identificar situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes de uma escola pública na comunidade Santo Amaro, Recife-PE. Participaram 58 crianças e adolescentes do ensino fundamental. Foi aplicado um formulário de entrevista com registro das falas, subsidiando a construção das seguintes categorias: 1- Situações que as crianças e adolescentes não gostariam de terem vivenciado; 2- Expectativas e desejos das crianças e adolescentes em relação ao futuro. Dentre as situações que as crianças e adolescentes não gostariam de terem vivenciado foram identificadas: Violência intra-familiar; Situações de exclusão; Violência interpessoal e morte; Precocidade na iniciação sexual e Violência sexual. Quanto às expectativas e desejos dos mesmos em relação ao futuro foi evidenciada a vontade de um futuro com mudanças em seu bairro pela diminuição da violência, de obter uma formação profissional que represente uma posição social desvinculada da imagem de marginalidade que constitui o cotidiano da periferia.*

**DESCRITORES:** Adolescente; Maus-tratos infantís; Maus-tratos sexuais infantís; Enfermagem.

*This is a descriptive exploratory study of qualitative approach, which aims to identify situations of violence experienced by children and adolescents in a public school community in Santo Amaro, Recife-PE. The study involved 58 middle school children and adolescents. An interview form was assigned with speech registrations, subsidizing the construction of the following categories: 1 – situations that children and adolescents wouldn't like to have experienced; 2 -Children and adolescents expectations and wishes for the future. Among the situations that young people would not like to have experienced, the following items were identified: intra-family violence; situations of exclusion; interpersonal violence and death; early sexual initiation and sexual violence. As for future expectations and wishes of children and adolescents it was shown the desire for a future with changes in their neighborhood by reducing violence. They also long for the possibility of getting training and professional performance which represent a social status disconnected to the image of marginalization which is part of the daily life of the surrounding area.*

**DESCRIPTORS:** Adolescent; Child abuse; Child abuse, sexual; Nursing.

*Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, de planteo cualitativo, con el objetivo de identificar situaciones de violencia vividas por niños y adolescentes de una escuela pública en la comunidad Santo Amaro, Recife-PE. Participaron 58 niños y adolescentes de enseñanza primaria. Se aplicó un impreso de entrevista con registro de las declaraciones, permitiendo la construcción de las siguientes categorías: 1- Situaciones que los niños y adolescentes preferirían no haber vivido; 2- Expectativas y deseos de los niños y adolescentes en relación al futuro. Entre las situaciones que los niños y adolescentes preferirían no haber vivido fueron identificadas: Violencia interna familiar; Situaciones de exclusión; Violencia interpersonal y muerte; Precocidad en la iniciación sexual y Violencia sexual. Cuanto a las expectativas y deseos de los mismos en relación al futuro se evidenció el deseo de un futuro con cambios, en su barrio con disminución de la violencia, de obtener una titulación profesional que represente una posición social desprovista de la imagen de marginalidad que constituye el cotidiano de la periferia.*

**DESCRIPTORES:** Adolescente; Maltrato a los niños; Abuso sexual infantil; Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Estrada dos Remédios, Afogados, Recife-PE, CEP: 50750-000. Brasil. E-mail: estela.monteiro@upe.br

<sup>2</sup> Graduandos em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE), bolsistas e voluntários de Iniciação Científica da UPE. Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro – Recife- PE. CEP: 50100-130. Brasil. E-mail: waldeмар.brandaon@upe.br.

<sup>2</sup> Membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Epistemologia e Fundamentos do Cuidar em Saúde e Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida humana, caracterizada por um conjunto de transformações bio-psico-socio-culturais, deixando o indivíduo exposto a um modo de vida até então desconhecido, de certa forma vulnerável, concorrendo para padrões comportamentais e sonhos que permearão toda a vida. Estes padrões comportamentais estão inseridos dentro de ambientes que envolvem a família, a comunidade, a escola, os amigos, onde, o adolescente sofre influências para sua formação e construção da personalidade de um futuro adulto<sup>(1)</sup>.

A violência contra crianças e adolescentes envolve todo ato ou omissão exercida pelos pais, parentes, outros indivíduos e instituições capazes de causar transtornos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, uma transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de desenvolvimento<sup>(2)</sup>.

A prática de violência contra crianças e adolescentes (maus tratos, abandono e negligência, abuso e exploração sexual comercial, trabalho infantil, dentre outras) não é recente, entretanto sua visibilidade vem obtendo novos contornos, principalmente, na proporção e extensão que vem ocorrendo nas duas últimas décadas, no Brasil<sup>(3)</sup>. A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) vem contribuindo para que se torne visível uma condição, antes de tudo, de violação dos Direitos Humanos, conforme Declaração Universal dos Direitos Humanos, da ONU<sup>(4)</sup>.

A família é o primeiro local de aprendizagem e formação social das pessoas, sendo responsável por experiências que possam ser determinantes na trajetória de vida da criança e do adolescente. A violência intrafamiliar representa um importante fator de impedimento para o adequado desenvolvimento e integração social de crianças e adolescentes, em conseqüências dos traumas físicos e psicológicos, durante a trajetória de vida, sendo, frequentemente, justificada pelos agressores como forma de educar e corrigir transgressões de comportamento<sup>(5)</sup>.

A vivência no âmbito escolar propicia o desenvolvimento da socialização, do convívio com as diferenças e de capacidades tais como ouvir, negociar, ceder, participar, cooperar e perseverar, além da oportunidade de interagir com outros adultos e de identificar outros modelos de referência. Dessa forma, tanto o insucesso escolar pode ser a causa de condutas agressivas, quanto à violência pode favorecer o baixo desempenho acadêmico.

No Brasil, a violência estrutural, responsável pela desigualdade social, está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento da violência interpessoal, nas diversas camadas sociais, em especial na dinâmica e no modelo familiar.

Nesse contexto, cabe destacar o papel do Estatuto da Criança e do Adolescente, cujo principal desafio é a legalização e reorganização das práticas de atendimento e proteção à infância e adolescência, assegurando os direitos e interesses dessa população a partir de sua inserção social e familiar<sup>(6)</sup>.

A participação das escolas e dos serviços de saúde em relação à notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes é considerada baixa<sup>(7)</sup>, em conseqüência do despreparo dos profissionais em lidar com as situações de violência e os encaminhamentos, seja pelos aspectos culturais que considera o fato um problema de nível familiar, como pela falta de conhecimento teórico-prático para identificar e intervir nestes casos<sup>(6)</sup>.

A identificação da complexidade que envolve a problemática da violência vivenciada pela criança e adolescente vem exigir na formação dos profissionais da saúde o enfoque em conhecimentos, atividades de extensão e pesquisa que venham contribuir para uma sensibilização e comprometimento na atenção a esse grupo etário.

Para nós, profissionais da saúde, é muito importante refletir os limites e amplitudes do tema da violência, vitimando as crianças e adolescentes. Os principais determinantes que comprometem os direitos à proteção à vida e à saúde, expondo as crianças e adolescentes a situações de violência estão fora dos procedimentos estritamente médicos, requerendo uma atitude ativa e solidária com os movimentos sociais que se organizam na busca de fortalecer uma rede de apoio aos mesmos.

Este estudo tem como objetivo identificar situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes de uma Escola Pública na comunidade Santo Amaro, Recife-PE.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa, na qual se propõe a investigar as situações de violência vivenciadas pelas crianças e adolescentes. O estudo foi desenvolvido em uma escola pública, localizada no bairro de Santo Amaro, Recife-PE. A instituição atende ao ensino fundamental, nos turnos da manhã e tarde, e ao ensino médio, manhã, tarde e noite. A escola possui aproximadamente 1400 alunos com faixa etária que varia desde a infância até a idade adulta.

Os participantes do estudo foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 18 anos, de ambos os sexos, do turno da tarde, que cursavam o ensino fundamental. Segundo o ECA são considerados crianças aqueles na faixa etária até 12 anos incompletos, e adolescentes de 12 a 18 anos<sup>(4)</sup>.

Foi priorizado a inclusão de alunos, considerados pelos professores, com menor capacidade de atenção e concentração em tarefas, apáticos, desinteressados pelas normas, com problemas disciplinares, baixas notas e repetências, fundamentado na literatura ao afirmar que esses aspectos estão associados a uma baixa auto-estima e a exposição de situações de violência<sup>(8)</sup>.

Foi aplicado um formulário de entrevista constando de dados de caracterização do grupo, quanto às atividades de lazer, habilidades e potencialidades culturais e artísticas, gostos musicais e esporte preferido, como também, conhecer situações de violência vivenciadas pelas crianças e adolescentes em seu cotidiano, seja no âmbito domiciliar, comunitário e/ou escolar. Após a realização da entrevista com cada participante, foram desenvolvidas atividades recreativas e culturais em grupos propiciando outras formas de expressões sobre a temática. O conhecimento da cultura de origem das pessoas facilita a relação dialógica e a ação do profissional<sup>(9)</sup> com as crianças e adolescentes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, com o protocolo nº 109/07. É importante ressaltar que foi respeitada a concordância das crianças e adolescentes em participarem do estudo, além da autorização de seus pais ou responsáveis, com anuência formal mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a Resolução nº 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(10)</sup>.

O instrumento de coleta foi aplicado nos meses de outubro a dezembro de 2007 e de fevereiro a maio de 2008, mediante entrevista com registro das falas. Os dados iniciais obtidos sobre as habilidades e potencialidades do grupo possibilitaram a organização de um evento de confraternização de final de ano, no qual os sujeitos do estudo participaram de atividades artísticas-culturais de leitura (jogral, mestre de cerimônia), de poesia, de dança/jogo (frevo, maracatu, capoeira, hip hop), composição musical (rap), vivenciados com o objetivo de estimular a se expressarem, a se perceberem; e a estabelecer um relacionamento de confiança, entre os autores e as crianças e adolescentes.

Os dados coletados foram submetidos a sucessivas leituras, pré-análise, exploração de falas e posterior construção de categorias e subcategorias discutidas com base no referencial teórico estudado<sup>(11)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização do grupo

O grupo participante deste estudo foi composto por 58 crianças/adolescentes, sendo estes distribuídos de forma equânime em relação a variável gênero. Houve um predomínio de 50% (29) com a faixa etária de 13 a 15 anos, seguido de 38% (22) equivalente à faixa etária de 10 a 12 anos e 12% (7) apresentando de 16 a 18 anos. Na composição familiar básica do grupo foi evidenciado que 43% (25) mora com os pais, 19% (11) mora com os pais e padrasto e/ou madrasta, 17% (10) mora com a mãe, 12% (7) mora com outros e 9% (5) mora com os avós. Ainda, no contexto familiar foi verificado que 40% (23) crianças/adolescentes convivem com 5 a 7 pessoas na mesma resi-

dência, 38% (22) convivem com 2 à 4 pessoas e 22% (13) convivem com mais de 7 pessoas no ambiente familiar. Foi identificado que 86% (50) participantes residem em casa própria de alvenaria.

Entre os pais ou responsáveis pela manutenção do lar, que estão empregados, foi constatado que os mesmos assumem ocupações que exigem um baixo nível de escolaridade e conseqüentemente uma baixa remuneração. Encontramos que 52 crianças/adolescentes afirmaram ter responsabilidades em casa, nos diversos afazeres domésticos e cuidados com os irmãos menores. Foi verificado, que 36% (21) dos participantes afirmaram não possuírem religião, 31% (18) disseram-se evangélicos, 24% (14) católicos, 2% (1) espírita e 7% (4) participantes não responderam.

Vale destacar, investigação realizada com sessenta e dois jovens de baixo nível sócio-econômico, usuários e não-usuários de drogas, na qual foi identificada como fatores considerados protetores a iniciação do adolescente nas drogas, a estrutura familiar e a religiosidade<sup>(12)</sup>.

Para identificarmos situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas crianças e adolescentes, investigamos sobre os comportamentos e atitudes experienciadas pelos mesmos ao lidar com problemas e as atitudes que desagradam seus pais e/ou responsáveis, conforme apresentadas nas (Tabelas 1 e 2).

**Tabela 1** – Pessoas as quais as crianças e adolescentes recorrem quando estão com problemas. Recife/PE, 2007.

Pessoas as quais as crianças e adolescentes recorrem quando estão com problemas	N	%
Mãe	19	32,75
Amigos	10	17,24
Avó e tia	10	17,24
Pai	6	10,34
Pais	4	6,89
Professor	3	5,17
Namorado (a)	2	3,44
Irmão	2	3,44
Ninguém	2	3,44
Total	58	100

Desse modo, ao questionarmos a quem eles recorriam em situações de problemas ou dificuldades foi constatado, na tabela 1, que a mãe é a pessoa a quem as crianças e adolescentes mais recorrem diante de situações de

conflito, representando a figura familiar considerada mais compreensiva e próxima dos filhos, capaz de transmitir segurança e um maior suporte afetivo.

A figura paterna foi pouco referenciada pelas crianças e adolescentes, por estar ausente em alguns núcleos familiares, ou por assumir, culturalmente, uma imagem repressora. Diante das dificuldades de abertura para o diálogo com os familiares, 10 participantes afirmaram recorrer aos amigos, situação que pode desencadear atitudes de vulnerabilidade pelo aconselhamento inadequado.

A partir da identificação de dois participantes não terem a quem recorrer, foi evidenciado uma cruel realidade, em que a criança e o adolescente tende a assumir uma postura introspectiva e insegura diante das situações do cotidiano.

O núcleo familiar deve constituir um ambiente de aconchego e suprimento de condições essenciais para o desenvolvimento e bem-estar de seus componentes. Quando ocorrem situações dissonantes no ambiente intrafamiliar a casa deixa de ser um espaço de proteção para ser um espaço de conflito:

“A superação desta situação se dá de forma muito fragmentada, uma vez que esta família não dispõe de redes de apoio para o enfrentamento das adversidades, resultando, assim, na sua desestruturação. A realidade das famílias pobres não traz no seu seio familiar à harmonia para que ela possa ser a propulsora do desenvolvimento saudável de seus membros, uma vez que seus direitos estão sendo negados”<sup>(13: 359)</sup>.

Dentre as atitudes que rotineiramente desagradam os responsáveis pelas crianças e adolescentes (Tabela 2), destacamos “sair sem avisar ou chegar tarde” e “não atender a um pedido deles”, situações estas peculiares nesta faixa etária que almeja mais independência, com restrições ao controle por parte dos adultos.

Os jovens procuram a sua independência com o objetivo de assumir o controle e as decisões acerca de sua vida, desconsiderando o desejo de proteção e salvaguarda de seus pais. Os pais vêem nesta atitude um significado de rebeldia dos seus filhos, que passam a questionar valores e opiniões<sup>(14)</sup>.

Para apresentação e apreciação dos dados apreendidos referente às situações de violência vivenciadas pelas

crianças e adolescentes, participantes do estudo, foram elaboradas as seguintes categorias: 1- Situações que as crianças e adolescentes gostariam de não terem vivenciado e 2- Expectativas e desejos das crianças e adolescentes em relação ao futuro.

**Tabela 2** – Atitudes das crianças e adolescentes que desagradam seus responsáveis. Recife/PE, 2007.

Atitudes das crianças e adolescentes que desagradam seus responsáveis	N	%
Sair sem avisar ou chegar tarde	15	25,58
Não atender a um pedido deles	10	17,24
Deixar de cumprir seus deveres em casa	9	15,51
Brigar com os irmãos	6	10,34
Responder aos pais ou responsáveis	5	8,62
Tirar notas baixas na escola	4	6,89
Brigar na escola ou desrespeitar o professor	3	5,17
Não ir para a escola	3	5,17
Pedir para comprar algo	3	5,17
Total	58	100

## Categorias

### • Categoria 1 – Situações que as crianças e adolescentes gostariam de não terem vivenciado

Esta categoria subsidiou a construção de cinco subcategorias, congregando relatos de violência no ambiente familiar, comunitário, situações de exclusão escolar e precocidade na iniciação sexual.

#### • Subcategoria 1.1 – Violência intrafamiliar

As crianças e adolescentes afirmaram presenciar desavenças no lar, envolvendo eles e seus irmãos e entre seus pais. As falas a seguir, propiciam uma melhor contextualização desta situação no cenário familiar: *Quando minha mãe bateu em mim com um pau ela estava drogada.* (A1). *Gostaria que o meu pai não me batesse que conversasse antes de bater...* (A2) *Quero que meu pai pare de beber, pois já agrediu a minha mãe e a mim...* (A3) *...meu pai usava droga quando eu era pequena. Batia na minha mãe e em mim. Uma vez ele bateu a cabeça do meu irmão, quando ele tinha 10 meses de vida, na parede.* (A4) *...minha mãe diz que não gosta de mim, queria ter abortado e me matado quando eu era criança.* (A10) *...ter apanhado de cinturão no banheiro porque briguei com meu irmão...* (A8) *...não queria ser da família do meu pai, por causa da minha tia, que faz com que meu pai beba, e quando*

*ele bebe, ele fica chato, e não gosto quando ele fica chato.* (A20) *...brigas entre meu pai e minha mãe...* (A15) *Não gostaria que a mãe tivesse abandonado a família...* (A6) *...gostaria de não ter irmã...* (A30). *...brigas dentro de casa, causando desestímulo para estudar, às vezes até brigo aqui na escola...* (A11).

Foi evidenciado nas falas das crianças e adolescentes, vítimas de maus tratos intrafamiliar, uma associação entre os agressores e o consumo abusivo de álcool, como também de drogas ilícitas.

O alcoolismo constitui um problema de saúde pública, pois não se restringe a gerar transtornos integrais ao indivíduo, mas esta situação compromete desde a harmonia e estabilidade no ambiente familiar, de trabalho e nas relações sociais, concorrendo para ampliar os índices de violência.

O consumo do álcool determina enorme custo social, ao mesmo tempo em que exerce grande peso como causa de problemas à saúde. O impacto dos danos relacionados ao consumo do álcool congrega problemas sociais como: vandalismo; desordem pública; problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais, que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais<sup>(15)</sup>.

A gravidade da violência familiar é incontestável, pois apresenta uma diversidade de formas e múltiplas conseqüências. Crianças e adolescentes expostas à violência doméstica tendem a ser mais agressivas, apresentando alterações de conduta nas escolas e comunidade, e ainda problemas de saúde mental como, depressão e ansiedade, fobias, insônia e baixa auto-estima.

Inúmeros são os fatores que contribuem para que a prática de violência contra crianças e adolescentes seja observada e mantida, dentre os quais ressaltamos: as relações de poder e de gênero predominantes nas sociedades, as características do agressor e da vítima, questões culturais, ausência de mecanismos seguros e confiáveis, medo de denunciar, ineficiência dos órgãos de atendimento, certeza de impunidade<sup>(3)</sup>.

#### • Subcategoria 1.2 – Situações de exclusão

Foi identificada uma situação de exclusão social por não ter acesso a uma escola de qualidade e por não

apresentar os padrões físicos pré-determinados pela sociedade, desconsiderando o respeito à diversidade e a cidadania. *Queria que o professor não faltasse, porque acho ruim ficar sem aula...* (A7) *...não queria ter entrado na escola com 8 anos...* (A12) *...que as pessoas não tivessem preconceito por eu ser gordinho, principalmente minha namorada...* (A22).

Foram constatados alguns fatores que não são identificados como situações de efetiva violência como a ausência de aula por falta de professores, entretanto esta realidade gera incômodo e angústia as crianças e adolescentes por terem consciência do significado do estudo para suas vidas.

Considerando a forte influência dos fatores sócio-econômicos na ocorrência dos processos de exclusão social, a educação emerge como um instrumento de *empowerment* do indivíduo e coletividade a partir de uma leitura crítica de sua realidade e da construção de propostas de transformação dessa realidade.

É evidenciada uma inabilidade das categorias responsáveis pelo provimento de políticas públicas, capazes de congregar ações fortalecedoras da identidade cultural e de defesa das questões de cidadania. A instituição escolar deve constituir um espaço de possibilidades e de descobertas para criança e adolescente perceberem-se sujeitos de sua própria história, agentes de construção e re-construção de seus sonhos e ideais, tendo no professor um companheiro capaz de mobilizar, motivar e encorajar com convicção de que a mudança é possível<sup>(16)</sup>.

#### • Subcategoria 1.3 – **Violência interpessoal e morte**

Esta subcategoria apresenta uma elevada relevância para a formação e desenvolvimento pessoal da criança e adolescente, que é obrigado a estabelecer uma relação de proximidade com a violência e a criminalidade, como pode ser constatado nas falas: *Não gosto quando ocorrem mortes perto de minha casa, queria mudar de bairro, pois Santo Amaro é muito violento...* (A14) *...morte de minha mãe...* (A5) *...que meu irmão não tivesse morrido...* (A9). *Não queria ter visto meu tio morrer na frente de lá de casa, mataram ele com uma arma de fogo...* (A13). *Meu pai morreu, mataram ele...* (A17) *...queria que meu primo não tivesse morrido, ele traficava.* (A18). *Gostaria que tivesse mais policiais na comunidade e quem sabe diminuir a violência...* (A23) *...ter visto o assassinato do meu primo...* (A21)

*...não queria ter sido abordada por usar drogas.* (A16) *... já fiquei com um traficante* (A25).

A violência interpessoal é reconhecida nas cidades latino-americanas como um dos maiores problemas de saúde pública<sup>(17)</sup>. Morrer, nessa faixa etária, não deve ser considerado, de forma alguma, algo esperado, embora esteja ocorrendo numa frequência assustadora. Essas mortes envolvem comportamentos autodestrutivos, acidentes, mortes violentas. Na realidade, os adolescentes são vítimas do contexto social e econômico ao qual pertencem e não são os únicos autores da violência.

O homicídio de jovens relaciona-se com a escassez de fatores de proteção e com áreas onde há grande concentração de pessoas nessa faixa etária. Assim, os homicídios de adolescentes têm relação com a superposição de carências e a ampliação da desigualdade, de direitos referentes à educação, à saúde, à moradia e ao trabalho<sup>(17)</sup>.

Observa-se, nessas áreas, baixa escolaridade, bem como escolas que não estimulam os jovens ao conhecimento, baixa renda, baixos índices de emprego, casas precárias, habitações com vários núcleos familiares gerando tensão, pouco acesso à rede de esgotos e a leitos hospitalares, ruas sem asfalto e iluminação, poucas áreas de lazer.

Essa situação concorre para uma elevada competição entre os moradores dessas áreas pelos recursos escassos e impede a integração social entre os indivíduos. Uma alternativa apontada seria o investimento em atividades de lazer, cultura e esporte que poderia influenciar no desenvolvimento físico e emocional das crianças e adolescentes, numa melhora do desempenho escolar, e até no afastamento deles do consumo de drogas e do mundo do crime.

#### • Subcategoria 1.4 – **Precocidade na iniciação sexual**

Estudo destaca que a experiência precoce dos adolescentes é marcada por questões de gênero, de modo que para o sexo masculino, quanto mais cedo iniciar a prática sexual, maior será a aceitação e se sentirá valorizado e protegido pelo grupo com o qual ele se identifica. Em contrapartida, as adolescentes do sexo feminino são motivadas pela possibilidade de investir na idéia de casamento, pois o amor é o principal fator para essa entrega ao seu parceiro em busca de uma família afetivamente equilibrada<sup>(18)</sup>.

Os fatores que concorrem para uma iniciação cada vez mais precoce dos adolescentes acarretam significados específicos para meninos e meninas, como apresentado nas falas: *...ter me “perdido”, porque se a minha mãe souber me coloca para fora de casa.* (A24). *...de ter me “perdido” muito cedo, pois me arrependo de não poder ter contado para mãe quando eu fiz um aborto...* (A26). *...mandei minha namorada abortar...* (A31).

A precocidade na iniciação sexual, nas classes menos favorecidas e com pouca ou quase nenhuma informação sobre sexualidade, expõem os adolescentes a enfrentar graves problemas, como adquirir uma DST ou uma possível gravidez não planejada. Realidade verificada nas falas das adolescentes deste estudo, em que a gravidez precoce e não planejada pode gerar problemas a curto e a longo prazo em função das adolescentes não terem suporte físico e emocional consolidado e favorecer situação de conflito com a família, como a rejeição, críticas, punições. Essas situações podem desencadear em atitudes que coloquem em risco tanto a vida da adolescente como a da criança, oriundas da interrupção da gravidez, isolamento e tentativa de suicídio<sup>(1)</sup>.

#### • Subcategoria 1.5 – **Violência sexual**

No final do ano letivo de 2007, os autores deste estudo promoveram na escola uma festa de encerramento, com o intuito de mostrar para os pais, responsáveis e toda comunidade interna, as diversas aptidões e habilidades que os alunos afirmaram ter ao responderem o instrumento de pesquisa. Assim, foram desenvolvidas as seguintes atividades culturais: dança (frevo, hip hop e capoeira), música (maracatu e hap), jogral, demonstrando um pouco da cultura do estado de Pernambuco miscigenada com a cultura da periferia.

No final da apresentação de frevo, uma das crianças da 5ª série, com 11 anos de idade, ao perceber a presença do pai na platéia iniciou um choro compulsivo, relatando medo de voltar para casa, ao afirmar *...meu pai vai bater em mim...* Quando questionada sobre o motivo de seu desespero, duas amigas relataram aos autores que o pai da mesma costumava abusá-la sexualmente. Logo em seguida, ela demonstrou angústia e preocupação, implorando sigilo, pois temia a reação de seu pai, caso fosse interrogado

ou ameaçado sobre o assunto. Ao ser questionada sobre a posição de sua mãe, a adolescente afirmou *...minha mãe não acredita em mim e apóia meu pai...* Enquanto soluçava a menor dizia: *...eu queria fugir de casa, mas não saio porque preciso defender meus irmãos...*

No Estatuto da Criança e do Adolescente é destacado que o profissional (seja ele, médico, enfermeiro, professor, ou qualquer outro responsável por estabelecimentos de saúde ou educação) tem como obrigação notificar casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica<sup>(7)</sup>. Entretanto, foi verificado “o medo” entre os docentes em denunciar o caso, relatando ocorrência de transferência de professor para outra escola por ameaça de outro agressor.

A privacidade peculiar ao ambiente familiar isola esta do domínio público, favorecendo aos agressores um cenário propício para a prática da violência sexual, pois se torna um crime praticado sem testemunhas ou sonogado pelo silêncio cúmplice. Logo, esse espaço se torna um local inseguro para crianças e adolescentes<sup>(19)</sup>.

As situações de violência sexual desvelam uma postura preponderante de dominação do agressor mais velho, do sexo masculino diante da vítima, menor do sexo feminino ou masculino. Essa situação concorre para a submissão da criança ou adolescente a atitude imposta pelo adulto, que deveria protegê-lo e resguarda-lo salvaguardando sua integridade física e emocional.

#### • Categoria 2 – **Expectativas e desejos das crianças e adolescentes em relação ao futuro**

As falas apreendidas nesta categoria convergiram para a elaboração de 3 subcategorias: identificação profissional, situações de vulnerabilidade e desejo de mudanças na realidade.

##### • Subcategoria 2.1 – **Identificação profissional**

Ao investigarmos quanto às expectativas e desejos das crianças e adolescentes em relação ao futuro, foi evidenciado nas falas a vontade de serem policiais, advogados e servirem o exército, pela identificação com categorias profissionais que representam um poder de coerção as atividades ilícitas, ou assumindo profissões que requerem curso superior, desvelando uma esperança por po-

der assumir uma posição social desvencilhada da imagem de violência e marginalidade que constitui o cotidiano da periferia, marcada por situação de exclusão e baixo poder aquisitivo. ...*ser policial, jogador; ter casa, carro e família...* (A19). ...*ser dançarina e estudar...* (A27). ...*ser policial como pai, professor de informática...* (A28). ...*ser policial para prender ladrões da comunidade...* (A29). ...*ser policial, advogado, e estar com a família...* (A32). ...*quero ser muito inteligente...* (A35). ...*quero ser jogador pra ser famoso ou policial pra fazer segurança nos bairros...* (A41). ...*servir o exército...* (A40). ...*quero estudar ser alguém na vida, quero fazer curso pra entrar na polícia...* (A39). *Minha mãe sempre diz que se for sempre pro colégio e passar de ano, ela vai me colocar na faculdade...* (A38). ...*ser uma pessoa boa que trabalhe...* (A33). ... *ser polícia científica...* (A45). ...*ser professor...* (A46). ...*ser um jogador de futebol profissional e ajudar minha família...* (A49). ...*ser agente funerário...* (A50). ...*trabalhar como cabeleireira e estudar para ser enfermeira...* (A55). ...*quero ser enfermeira e independente...* (A52). ...*quero ser pediatra ou dentista...* (A51). ...*estudar para ser atriz e policial...* (A43).

A possibilidade da criança e do adolescente encontrar referências positivas no seu próprio grupo cultural contribui para sua auto-estima, pois, no seu grupo de referências encontra alguém que lhe desperta apreço e valor pelo que se é<sup>(13)</sup>, como pôde ser constatado nas citações de professor, polícia científica e de agente funerário visto que, esta comunidade é próxima do maior cemitério público da Cidade do Recife e do Instituto de Medicina Legal (IML). Vale ressaltar ainda, que a mídia exerce uma forte influência entre os jovens por inculcar personagens tidos como “os bem sucedidos”, por apresentarem um padrão de vida almejado por muitos, e conquistado pela habilidade com a bola ou como artista, não dependendo do acesso ao estudo de qualidade.

#### • Subcategoria 2.2 – Situações de vulnerabilidade

Os participantes do estudo nas falas denunciam a realidade de sua comunidade, relatando a carência de políticas públicas que venham assegurar proteção integral às crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, como uma tentativa de mudança das situações de violência vivenciadas. Foi verificada nas falas ainda, uma inquietude diante da exclusão a que são submetidos, levando muitas vezes a sentimentos e atitudes de revolta, alimentando a

vontade de ingressar no crime organizado para acesso mais fácil a bens e a um elevado padrão de vida. *Acho meu bairro sem segurança e isso é ruim porque não tenho a liberdade que queria ter, como brincar tranquilo...* (A34). ...*ter um futuro diferente dos colegas da escola que não vem, morreram ou seguiram o caminho “errado”.* (A36). ...*que as pessoas tivessem mais paixão pelos que não tem as coisas...* (A37). ...*desejo menos violência e poder trabalhar.* (A42). ...*queria ser ladrão de banco, ia ficar rico rápido, ia juntar um monte de pirralho para formar uma “galera”.* (A44).

Cabe ao enfermeiro, como um dos profissionais de saúde mais próximo da comunidade, estar sensível a identificação das situações de violência a que está exposto este grupo etário, assumindo uma postura de enfrentamento da realidade de exclusão que compromete as possibilidades do exercício de sua cidadania<sup>(20)</sup>.

#### • Subcategoria 2.3 – Mudanças em sua realidade

Nas falas as crianças e adolescentes expressaram o desejo de obter resolução de situações reais, para poderem vislumbrar sobre seu futuro. ...*ter uma vida melhor fora da comunidade, sair da comunidade e fazer faculdade...* (A47). ...*ser veterinária e que o meu padrasto saísse de casa...* (A48). ...*eu desejo ser alguém na vida, quero ser uma cientista...* (A53). ...*trabalhar, ter uma boa profissão e dar orgulho aos meus pais...* (A54). ...*quero coisas boas, ser feliz no casamento, ter uma casa própria, apartamento e ser uma boa estudante...* (A56). ...*trabalhar e ter uma condição boa para sustentar a família...* (A57). ...*trabalhar, construir uma família, ajudar meus pais, minha avó...* (A58).

Uma adolescente expressou a vontade de que o padrasto saísse de casa, revelando a probabilidade de ocorrência de violência intrafamiliar. Outros entrevistados relataram o anseio por um futuro melhor, diferente daquele de seus pais, mostrando a vontade de continuar os estudos e ingressar numa faculdade para poder desempenhar profissões que possibilitem uma melhor remuneração e condição digna de vida para sua família.

A desproblematização do futuro, numa compreensão mecanicista da história, concorre para o flagelo ou a negação autoritária do sonho, da utopia, da esperança<sup>(16)</sup>. Os jovens caracterizam-se por sua ousadia, suas inovações, pelo desejo de ir além, encontrando em sua realidade permeada por dificuldades, oportunidades de superação dos

desafios, com a coragem, a garra, e o empenho que os mobiliza a buscar formas de expressões de seus sentimentos, desejos, sonhos.

É lamentável que nem sempre, os adultos estejam dispostos e sensíveis a escutá-los, respeitá-los e acima de tudo acolhê-los em sua sabedoria e alegria, de lidar com as adversidades peculiares ao mundo de desigualdade e exclusão social, possibilitando a formação de uma rede de apoio a esse grupo comunitário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que as crianças e adolescentes vivenciam em seu cotidiano inúmeras situações de violência tanto no ambiente comunitário quanto familiar. No cenário familiar foi verificado que as crianças e adolescentes convivem com conflitos, ausência de orientação religiosa, desemprego dos responsáveis, responsabilidade com os afazeres domésticos e cuidados com os irmãos menores, pouco estímulo para os estudos, exposição às agressões físicas e psicológicas veladas no seio da sociedade, marcada pela exclusão social.

No cenário da comunidade, destacamos o papel da instituição escolar, na qual os alunos identificaram o desestímulo dos professores em sala de aula. O meio comunitário, em que as crianças e adolescentes estão inseridos, constitui um ambiente de elevada vulnerabilidade para o aliciamento às drogas, com relatos de ocorrência de menores da comunidade que foram assassinados ou estão sob ameaça de morte.

O desenvolvimento das atividades artístico-culturais, além de possibilitar a identificação de um caso de violência sexual que não havia sido relatado de forma explícita durante a entrevista, essas atividades também permitiram a valorização do ser criança e adolescente, de sentirem-se livres e autônomos para exercerem suas habilidades e potencialidades, contribuindo para o seu autoconhecimento, e ampliando a percepção em relação aos adolescentes por parte dos professores e de toda a comunidade interna da escola e familiares.

Este movimento artístico-cultural rompeu uma visão subestimada desses menores, caracterizados por limitações preestabelecidas e destituídos de direitos e de sonhos. A

essencialidade do ser criança e adolescente desenvolve-se embasada na subjetividade, na pureza de sentimentos, nas relações de afetividade, nos sonhos e expectativas de um futuro mais solidário, com justiça e oportunidades.

Os profissionais da saúde, em especial o Enfermeiro, necessitam estar sensíveis à escuta e percepção de situações de violência que as crianças e adolescentes possam estar vivenciando, para tanto é essencial o seu *empowerment*, aprofundando pesquisas e estudos sobre violência e estabelecendo uma rede acessível a esses menores, constituindo cenário de acolhimento propício a romper a violência velada à criança e ao adolescente.

## REFERÊNCIAS

1. Ximenes Neto FRG, Dias MAS, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2007 60(3): 279-84.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
3. Francischini R, Souza Neto MO. Enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: projeto escola que protege. *Rev Dep Psicol.* 2007; 19(1): 243-51.
4. Brasil. Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 16 Jul 1990. Seção 1.
5. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP; 2002. p. 95-110.
6. Bezerra SC. Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. *Mistério da Saúde. Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 17-22.
7. Silva MAS. Violência contra crianças – quebrando o pacto do silêncio. In: Ferrari DCA, Vecina TCC. *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora; 2002. p. 73-80.
8. Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicol Teor Prat.* 2005; 7(1):81-95.

9. Marcon SS, Navarro FM, Hayakawa LY, Scardoelli MGC, Waidman MAP. Relações familiares ante os valores e costumes em diferentes etnias. *Rev Rene* 2008; 9(2):9-19.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
11. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
12. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1): 43-55.
13. Gomes MA. Filhos de ninguém? Um estudo das representações sociais sobre família de adolescentes em situação de rua [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2003.
14. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(1): 299-306.
15. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(1supl):7-10.
16. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
17. Briceño-Leon, R. Urban violence and public health in Latin América: a sociological explanatory framework. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(6):1629-48.
18. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):499-507.
19. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):456-64.
20. Carvalho QCM, Cardoso MVML, Silva MJ, Braga VAB, Galvão MTG. Violência contra a criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. *Rev Rene*. 2008; 9(2):157-64.

**RECEBIDO:** 09/02/2009

**ACEITO:** 30/09/2009

## REGISTROS DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: ENFOQUE NA CONSULTA DE PUERICULTURA

*REGISTERS OF THE NURSE IN THE GROWTH AND DEVELOPMENT ATTENDANCE: APPROACH IN CHILD CARE CONSULTATION*

*REGISTROS DEL ENFERMERO EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: ENFOQUE EN LA CONSULTA DE PUERICULTURA*

GABRIELLE GAMA TEIXEIRA LIMA<sup>1</sup>

MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA COUTINHO SILVA<sup>2</sup>

TERESA NEUMANN ALCOFORADO COSTA<sup>3</sup>

ANA FLÁVIA GOMES DE BRITTO NEVES<sup>4</sup>

ROSANE ARRUDA DANTAS<sup>5</sup>

ANNA ROSA E SOUZA OCCHIUZZO LIMA<sup>6</sup>

*Estudo documental, com abordagem quantitativa, que objetivou averiguar se as anotações do crescimento e desenvolvimento da criança, no contexto da consulta de enfermagem na rede básica, estão em consonância com o proposto pelo Ministério da Saúde e refletir se, nos registros, o enfermeiro planeja ações que podem impactar a saúde da população infantil. A amostra constou de 39 prontuários de crianças, nascidas em 2006, acompanhadas até um ano na puericultura. Constatou-se que os critérios que padronizam o acompanhamento da criança durante o primeiro ano de vida, não estavam sendo efetivados, estando o acompanhamento desvinculado do que preconiza o Ministério da Saúde. Desta forma observou-se que no espaço que seria destinado as consultas de puericultura realizadas por enfermeiros, as anotações muitas vezes inexistiam ou estavam incompletas, sendo assim, percebeu-se a necessidade de introduzir e fomentar discussões sobre a importância da consulta de enfermagem.*

**DESCRITORES:** Registros de enfermagem; Desenvolvimento infantil; Cuidados de enfermagem.

*This is a documental study, with quantitative approach that aimed to inquire whether the notes of the growth and development of the child, in the context of the consultation of nursing in the basic net are in accordance with the one which is considered by the Health department and to reflect whether, in the registers, the nurse has planned to impact the health of the infant population. The sample consisted of 39 forms of children, who had been born in 2006 and had been accompanied in the child care during the first year of life. The results showed that to all the normative criteria that standardized the accompaniment of the child during the first year of life, were not being accomplished, and the follow up was not linked to what does not praise the Ministry of health. This way, it was observed that the space which would be destined to child care consultations, accomplished by the nurses, the notes which were supposed to have been taken by nurses were either lacking or not complete. Therefore, it was noticed that there was need to introduce and to foment debates on the importance of nursing consultation.*

**DESCRIPTORS:** Nursing records; Child development; Nursing care.

*Estudio documental, con planteo cuantitativo, con el propósito de averiguar si los registros de crecimiento y desarrollo del niño, en el contexto de la consulta de enfermería en el sistema de salud pública, están de acuerdo con lo propuesto por el Ministerio de Salud Pública y reflexionar si, en realidad, en los registros, el enfermero planea acciones que pueden impactar la salud de la población infantil. La muestra constó de 39 historiales médicos de niños, nacidos en 2006, acompañados durante un año, en la puericultura. Se comprobó que los criterios que estandarizan el acompañamiento del niño durante el primer año de vida, no estaban siendo efectuados, puesto que el acompañamiento estaba desvinculado de lo que preconiza el Ministerio de Salud Pública. De esa manera, se observó que en el espacio que estaría destinado a las consultas de puericultura hechas por los enfermeros, los registros muchas veces no existían, o estaban incompletos, por lo tanto, se percibió la necesidad de introducir e estimular discusiones sobre la importancia de la consulta de enfermería.*

**DESCRIPTORES:** Registros de enfermería; Desarrollo infantil; Atención de enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira do Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Brasil. E-mail: gabriellegama@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela UFPB. Docente Adjunto IV da UFPB. Brasil. E-mail: fatima\_coutinho@oi.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em Psicologia Social pela UFPB. Docente Adjunto IV da UFPB. Brasil. teresalcoforado@ccs.ufpb.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pela UFPB. Brasil. E-mail: anabritto\_ufpb@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora do Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia. Docente Adjunto I da UFPB. End. Rua Giacomino Porto 300, apto 605. Miramar. CEP 58032-900. Brasil. E-mail: rosane\_dantas@yahoo.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela UFPB. Docente Assistente I da UFPB. Brasil. E-mail: anna.lima31@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A equipe de saúde inserida nas unidades básicas tem, no atendimento das crianças, a oportunidade para a promoção e a manutenção do estado de saúde da população infantil por meio de programas de atenção e vigilância à saúde. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social, constituindo o centro da atenção a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

Dentre as várias ações que priorizam promover a saúde, prevenir e curar as doenças das crianças está à consulta de enfermagem, a qual visa prestar uma assistência integral, resolutive, contínua e de boa qualidade para atender as necessidades da população cadastrada e atendida na unidade de saúde. Desta forma, o enfermeiro aprimora sua atuação e contribui para que essa criança seja um adulto sadio e pleno no que se refere à possibilidade de alcançar a qualidade de vida.

A consulta de enfermagem constitui um processo dinâmico que envolve várias dimensões inter-relacionadas, simultâneas e contínuas, em que nenhuma delas ocorre separadamente; representa um atendimento de caráter generalista, centrado no ciclo vital e na assistência à família. Na infância, por meio da avaliação de parâmetros de crescimento e desenvolvimento durante a consulta, é possível detectar inúmeras alterações que podem ocorrer durante a vida de um indivíduo, as quais dependem de influências endócrinas, genéticas, constitucionais, ambientais e nutricionais<sup>(2)</sup>.

Desta forma, a essência da referida consulta, quando realizada até os sete anos de vida, é destacada na área da puericultura como sendo um conjunto de regras e noções sobre a arte de cuidar fisiológica e higienicamente às crianças e denominada recentemente como Pediatria Preventiva, a qual tem como objeto a criança sadia e seu alvo é um adulto saudável fisicamente, psiquicamente equilibrado e socialmente útil<sup>(3)</sup>. Sendo assim, a enfermeira ao desenvolvê-la deve embasar-se na metodologia científica apoiada em marcos teóricos próprios desta profissão, para levantar informações sobre a progressão do crescimento e

desenvolvimento, visando uma assistência individualizada, cuja prioridade é o bem-estar da criança em função das condições de vida de sua família e da sociedade onde está inserida.

O crescimento refere-se a um processo de caráter concreto e mensurável que compreende a formação, o aumento da massa e a renovação dos tecidos, sendo na infância que se processam a formação dos órgãos e o aumento global do organismo. De outro modo, o desenvolvimento implica na aquisição de competências e capacidades que ocorrem ao longo da vida<sup>(2,4)</sup>. Tais fatores são avaliados ao interagir com a criança, estimulando o responsável a participar deste processo, de modo a ensinar formas adequadas de cuidar e estimular ações de promoção da saúde.

Os parâmetros de crescimento e desenvolvimento constituem indicadores diretamente relacionados com a manutenção da saúde e da nutrição infantil e, indiretamente com a qualidade de vida de uma população, o que justifica a necessidade da realização de consultas frequentes e regulares. Sendo por meio do medir, anotar e interpretar tais indicadores por um período de tempo, que a enfermeira detecta precocemente os seus desvios, os quais devem ser devidamente encaminhados, seguindo a evolução das situações anormais<sup>(5)</sup>.

Todavia, estas atividades constituem apenas um dos eixos das ações a serem desenvolvidas na atenção à saúde da criança, as quais devem ser realizadas levando em consideração o incentivo ao aleitamento materno; à alimentação saudável, o combate à desnutrição e anemias carenciais, a imunização, a prevenção de acidentes, maus tratos e violência na infância, a atenção às doenças prevalentes desta faixa etária, a saúde bucal e mental<sup>(6)</sup>.

O Ministério da Saúde divulgou em 2004 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução de Mortalidade Infantil, da qual as ações já citadas fazem parte, na perspectiva de que a criança deva ser atendida nestes parâmetros por uma equipe multidisciplinar, que compreenda suas necessidades e direitos como indivíduo<sup>(7)</sup>. Neste contexto, a atenção básica deveria emergir como uma realidade sistematizada, contínua e eficaz, em que as atribuições do enfermeiro envolvessem o cuidado integralizado visando à promoção da saúde.

Sabe-se que, para desempenhar tais ações com a devida qualidade, mune-se o enfermeiro de um instrumento peculiar da profissão, a consulta de enfermagem. Esta é uma atividade privativa, contemplada na lei de exercício profissional, aplicada ao indivíduo, à família e à comunidade de forma direta e independente. Contudo, o desenvolvimento da consulta requer a aquisição de habilidades e conhecimentos, os quais demandam estudos que possibilitem o encontro de soluções para os problemas identificados<sup>(8)</sup>.

Nos serviços públicos de saúde, a consulta de enfermagem é dirigida prioritariamente ao grupo materno-infantil. Ressalte-se que a infância tem especial atenção do Sistema Único de Saúde por considerar-se que esta é uma das fases em que ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas, e por ser um grupo mais vulnerável aos agravos de saúde, requerendo um acompanhamento constante.

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) aconteceu um avanço na implantação da consulta de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, pois neste Programa se encontra inserido o processo do trabalho coletivo em saúde, possibilitando diagnosticar necessidades de saúde, prescrever e prestar cuidados de enfermagem resolutivos e qualificados<sup>(9)</sup>.

Em relação à prática integrada na programação local, a consulta de enfermagem é habitualmente intercalada com a consulta médica, seguindo cronogramas de atendimentos estabelecidos nos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde desta clientela. Para tanto, o enfermeiro utiliza gráficos de avaliação e comparação; observa o desenvolvimento, o ganho ponderal e o de estatura; faz o levantamento do estado de saúde da criança; além de clarificar as necessidades e preocupações dos pais. O registro dessas informações é fundamental para identificar a situação singular de cada criança, possibilitando-lhe a prescrição do cuidar de enfermagem<sup>(10)</sup>.

Durante a realização de prática integrada na programação local, em uma Unidade Básica de Saúde de João Pessoa – PB surgiu a aproximação com o assunto. Foi percebido que o acompanhamento à criança não seguia uma

lógica dentro do que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde da criança. Em vista disso, aprofundar-se na temática tornou-se uma necessidade de estudo. Desta maneira, levantou-se a seguinte questão: as anotações da consulta de enfermagem na atenção básica no contexto do crescimento e do desenvolvimento infantil estão de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde?

Na busca do entendimento da problemática, esta pesquisa teve como objetivos: analisar se as anotações do crescimento e desenvolvimento da criança dentro do contexto da consulta de enfermagem na rede básica estão em consonância com o proposto pelo Ministério da Saúde e averiguar os registros do enfermeiro no que se refere ao planejamento de ações que podem impactar a saúde da população infantil.

## METODOLOGIA

Estudo documental, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família localizada na cidade de João Pessoa – PB. A escolha do local justificou-se por ser a referida unidade campo de estágio teórico-prático dos alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, e possuir uma equipe formada de acordo com o que preconizam os princípios das políticas públicas em saúde, além de contar com a atuação de docentes.

A área de abrangência desta unidade de saúde tem uma população aproximada de 2.800 habitantes, correspondendo a 716 famílias adscritas, dividida em cinco micro-áreas cobertas por cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A maioria da população é composta de adultos jovens (20 – 30 anos), com predominância de mulheres.

A situação sanitária caracteriza-se por casas em geral de alvenaria, rede elétrica, abastecimento de água, advindo da rede pública, saneamento em quase todas as áreas e destino de dejetos direcionados para a rede de esgoto.

Nesse estudo, a população foi constituída por todos os prontuários de crianças entre a faixa etária de 0 a 12 meses, matriculadas na Unidade de Saúde da Família em questão. Assim, a amostra definiu-se nos prontuários e/ou fichas de crianças nascidas em 2006, que tiveram acompanhamento de puericultura no primeiro ano de vida.

O projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em atenção aos preceitos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado em 28/11/07, protocolo nº 1457/07<sup>(11)</sup>. O acesso aos prontuários e/ou fichas de atendimento das crianças foi obtido após a assinatura do Termo de Consentimento pelo diretor do Distrito Sanitário, responsável pela unidade onde se desenvolveu o estudo.

A coleta de dados foi realizada através da busca ativa nos prontuários e/ou fichas das crianças durante o mês de dezembro de 2007. Para proceder à averiguação foi utilizado um formulário, o qual contemplou critérios normativos extraídos dos manuais de atendimento à criança, preconizados pelo Ministério da Saúde, em referência ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento durante a consulta. O instrumento constou, na primeira parte, de dados de identificação da amostra, seguidos de dados pertinentes à consulta no tocante ao crescimento (cinco questões) e desenvolvimento (cinco questões).

Essas questões estavam direcionadas para número de consultas de enfermagem; demonstrativo das anotações de mensuração do peso, comprimento e perímetro cefálico; registros dos marcos do desenvolvimento; registro de orientações entre a enfermeira/ mãe e/ou responsável pela criança sobre cuidados que contribuem para a aquisição de habilidades esperadas de acordo com o período avaliado; e existência de um roteiro pertinente utilizado pela enfermeira durante a evolução da consulta.

A análise levou em consideração como se processou a consulta de enfermagem no período em que o menor tinha 0 a 12 meses. Ressalta-se que a faixa etária determinada para averiguação das consultas pelo estudo, fundamentou-se no fato deste ser o período de maiores evidências no crescimento e desenvolvimento, de maior vulnerabilidade aos riscos aos quais as crianças estão expostas, e também por ser a fase de maior periodicidade das consultas.

Quantificaram-se os dados coletados nos prontuários de acordo com o roteiro de pesquisa. Os dados foram apresentados em tabelas, e analisados a luz da literatura pertinente.

## RESULTADOS

Foram identificados, no ano de 2006, 39 (100%) atendimentos de crianças devidamente matriculadas e acompanhadas no decorrer do primeiro ano de vida na unidade em estudo. Destas 28 (71,8%) eram do masculino e 11 (28,2%) do feminino, conforme a tabela 1. Ao serem avaliados os 39 (100%) prontuários constatou-se que durante o primeiro ano de vida, 24 (61,5%) destas realizaram apenas três consultas e, 15 (28,2%) apenas duas, conforme tabela 2.

**Tabela 1** – Demonstrativo quanto ao sexo das crianças de 0 a 12 meses devidamente matriculadas na Unidade Saúde da Família. João Pessoa – PB. 2008

Sexo	Nº	%
Masculino	28	71,8
Feminino	11	28,2
Total	39	100,0

**Tabela 2** – Demonstrativo do número de consultas de enfermagem ocorridas durante o primeiro ano de vida das crianças. João Pessoa – PB. 2008

Consultas realizadas no 1º ano de vida	Nº	%
03	24	61,5
02	15	28,2
Total	39	100,0

**Tabela 3** – Demonstrativo das anotações de mensuração do peso, comprimento e perímetro cefálico durante o acompanhamento à criança no primeiro ano de vida no tocante ao crescimento. João Pessoa – PB, 2008.

Anotações de mensuração Medida	Em todas as consultas		Em alguma consulta		Em nenhuma consulta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Peso	24	61,5	03	7,7	12	30,8	39	100,0
Estatutura	11	28,2	13	33,3	15	38,5	39	100,0
Perímetro Cefálico	14	35,9	11	28,2	14	35,9	39	100,0

Na análise dos registros destes documentos, observou-se na tabela 3, acerca do crescimento no primeiro ano de vida que o peso foi anotado em todas as consultas de 24 (61,5) crianças, em uma das consultas de 3 (7,7%) delas e em nenhuma consulta de 12 (30,8%). Quanto ao comprimento, apenas 11 (28,2%) destacavam-no em todas as consultas, 13 (33,3%) em apenas algumas destas e 15 (38,5%) em nenhuma consulta, da mesma maneira o perímetro cefálico foi evidenciado em todas as consultas de 14 (35,9%) prontuários, foi também registrado em

algumas das consultas de 11 (28,2%) e em nenhuma das demais 14 (35,9%) consultas.

No tocante aos registros dos marcos do desenvolvimento, verificou-se a total ausência de registros que confirmassem o enfoque estabelecido pelo estudo. Faltava, em 39 (100%) dos prontuários a Ficha do Acompanhamento do Desenvolvimento preconizada pelo Ministério da Saúde, o registro dos principais marcos do desenvolvimento nas anotações do enfermeiro, registro de orientações repassadas entre a enfermeira e a mãe e/ou responsável pela criança, sobre cuidados que contribuem para a aquisição de habilidades esperadas de acordo com o período avaliado, além de inexistir um roteiro pertinente utilizado pelo enfermeiro durante a evolução da consulta. De outro modo, não havia registro dos aspectos educativos possíveis de serem evidenciados na consulta.

## DISCUSSÃO

Evidencia-se na tabela 1 que as crianças do sexo masculino (71,8%) predominaram. Tal achado demonstra a necessidade de atendê-las observando essa especificidade, não apenas para a definição de gênero, mas pelo fato de que há patologias com predileção por um determinado sexo, como as doenças do colágeno que acometem mais as meninas e a hemofilia que ocorre em maior frequência nos meninos, entretanto, é importante se pautar em ações que realmente visem promover a saúde, prevenir e curar doenças<sup>(5)</sup>.

Quando verificado o número de consultas ocorridas durante o primeiro ano de vida na tabela 2, ficou constatado nos registros que apenas 24 crianças foram contempladas com 03 consultas, seguida de 15 com 02 consultas. Este é um dado preocupante, pois se contrapõe aos pressupostos que norteiam as políticas públicas de atenção à saúde da criança.

O Ministério da Saúde deixa claro que, nesta faixa etária, deveriam ser executadas no mínimo, 07 consultas dentro de um processo de normalidade. Essa advertência leva em consideração a qualidade no atendimento à criança de forma conseqüente, pois "o seguimento desse calendário e o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, podem ser indicadores da qualidade da atenção prestada à criança"<sup>(1:8)</sup>.

Ressalta-se ainda que, no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, tem sido destacado que a frequência e o espaçamento dos atendimentos, devem ser definidas levando-se em conta quais os riscos que se pretende avaliar, identificando os melhores momentos para a avaliação da saúde<sup>(12)</sup>. Portanto, para atuar em um Programa de Saúde da Família o profissional deve ter competência e habilidades que auxiliem na identificação dos mais variados problemas de saúde e que as soluções buscadas proporcionem um atendimento de qualidade<sup>(13)</sup>.

Neste contexto é necessário atentar para o registro adequado das informações, principalmente quando se observa na tabela 3 que dos 39 (100%) prontuários analisados poucos estavam completos em relação ao registro do crescimento em cada consulta realizada pelo profissional, principalmente quantos aos dados antropométricos como peso 24 (61,5%); estatura 11 (28,2%) e perímetro cefálico 14 (35,9%).

Destaca-se ainda, que tais anotações do crescimento eram realizadas no prontuário das crianças, de modo aleatório, sem gráfico específico para uma avaliação sistematizada entre as consultas. Todavia, o Ministério da Saúde considera que a forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento de uma criança, nos serviços básicos de saúde, é o registro periódico do peso no Gráfico Peso/Idade do Cartão da Criança, considerando-se que esse é um índice antropométrico utilizado como indicador direto de avaliação para o estado nutricional da criança e para uma boa avaliação do crescimento<sup>(1)</sup>.

As recomendações oficiais ainda avançam em relação aos outros índices antropométricos e revelam que a relação entre peso e estatura é importante para detectar deficiências recentes de peso (desnutrição aguda) e é também o índice recomendado para avaliar sobrepeso. Já o perímetro cefálico é uma variável que avalia o crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida. No caso desse índice apresentar desvios da faixa considerada de normalidade, a criança poderá ser encaminhada a um especialista ou equipe multiprofissional, no intuito de afastar diagnóstico de microcefalia ou de macrocefalia<sup>(1)</sup>.

Tais achados deixam dúvidas acerca do tipo de acompanhamento que estas crianças estão recebendo, visto que a avaliação do crescimento e desenvolvimento é considerada o eixo norteador da assistência à saúde da criança, com ênfase na vigilância de vários fatores que podem interferir neste processo, assim, deve ser configurada como uma das ações mais importantes para o alcance da melhor qualidade de vida<sup>(14)</sup>.

Os profissionais de Enfermagem devem ter consciência da importância da mensuração das crianças na puericultura, uma vez que estes refletem o estado de saúde da população infantil sob sua responsabilidade. Desta forma, torna-se evidente a necessidade de acompanhamento das medidas antropométricas pelo enfermeiro, visto que, ao acompanhá-las de forma contínua e global, este pode desenvolver um complexo de ações com o objetivo de propiciar o melhor desenvolvimento físico, intelectual e emocional da criança<sup>(15)</sup>. Entretanto, esta não deve ser a única avaliação realizada.

No tocante aos registros dos marcos do desenvolvimento nos prontuários, verificou-se a ausência de registros, em 100% dos prontuários, acerca do Acompanhamento do Desenvolvimento. Nenhum dos principais marcos do desenvolvimento conforme a idade foi destacado, além disso, inexistiu o registro das orientações repassadas pelo enfermeiro ao responsável pela criança e um roteiro para evolução da consulta de enfermagem.

Sendo assim, confirma-se a ausência de planejamento das ações que podem impactar a saúde da população infantil por parte dos enfermeiros. De acordo com o Ministério da Saúde, a ficha de acompanhamento do desenvolvimento deve compor o prontuário da criança e ser utilizada em todas as consultas, a fim de detectar qualquer alteração no desenvolvimento normal, para que se possa oferecer orientações de estímulo à mãe e/ou familiares e, em casos graves, fazer o encaminhamento o mais precocemente possível<sup>(1)</sup>.

A detecção dos casos de crianças em risco para adoecer ou desenvolver comprometimentos na saúde são imprescindíveis, pois contribuem para minimizar futuras complicações de saúde, além de déficits de peso e/ou estatura e de casos de obesidade. Para tanto é importante, o contato regular com a equipe de saúde em nível de

atenção primária no intuito de prevenir doenças e promover a saúde e, em nível de atenção secundária e terciária para tratamento de complicações relativas às doenças detectadas<sup>(16)</sup>.

Na ausência dos registros de acompanhamento e crescimento da criança, é difícil monitorar a situação de saúde da criança na consulta anterior e avaliar as orientações fornecidas o que invalida o processo de educação em saúde pois, é necessário que as ações educativas sejam baseadas no repasse de informações planejadas cuidadosamente pela equipe profissional envolvida no trabalho conforme os objetivos traçados e a metodologia a ser utilizada<sup>(17)</sup>.

Salienta-se que o registro dessas informações é fundamental para que o enfermeiro possa identificar a situação singular de cada família, possibilitando-lhe a prescrição do cuidar em enfermagem, além de penetrar no mundo circundante dessa criança, para melhor interagir com a mãe e/ou responsável quanto às condutas que esta deverá seguir de acordo com a realidade de vida e com sua história. Além da competência técnica exigida para esse processo de cuidar, as competências humana, gerencial e de diálogo são fundamentais para o enfermeiro<sup>(10)</sup>.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio de implantar o Programa de Saúde da Família, embasado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Assim, a abordagem do PSF é a atenção centrada na família, a qual é vista e entendida a partir do seu ambiente físico e social, enfatizando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão para além das práticas curativas<sup>(18)</sup>.

Entre as justificativas das linhas de cuidado da Atenção Integral da Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, está que, antes de tudo, o cuidado em saúde demanda uma visão integral do usuário e a organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e a garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação<sup>(6)</sup>.

Desta forma, é necessário que os profissionais sigam as diretrizes do Ministério da Saúde e percebam que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na atenção básica é importante na promoção da saúde e prevenção de doenças nas fases subseqüentes da vida de cada criança.

## CONCLUSÕES

A consulta de puericultura realizada nas Unidades Básicas de Saúde é uma das atribuições da enfermagem, a qual deve deter o conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento da criança e aplicá-lo de forma coerente. Para uma melhor avaliação e acompanhamento da criança, a enfermagem tem por obrigação realizar anotações referentes ao crescimento e desenvolvimento da criança no prontuário de cada paciente.

No tocante à pesquisa realizada, foi possível vislumbrar uma realidade preocupante no segmento da atenção à saúde da criança na rede básica. Constatou-se de acordo com os dados coletados, que durante o espaço que seria destinado as consultas de puericultura, as anotações muitas vezes inexistiam, e aquelas existentes eram incompletas.

Dentre as ações observadas, a enfermagem deteve-se a realizar a mensuração de peso, altura e perímetro cefálico, inexistindo registros relacionados ao desenvolvimento da criança, como também anotações relacionadas ao estado de saúde atual e orientações aos familiares sobre como acompanhar o crescimento e desenvolvimento. A ausência de registros adequados, no tocante ao crescimento e desenvolvimento, inviabilizou avaliar o planejamento e a realização, pelo enfermeiro, de ações que visam à assistência integral da criança.

Em relação ao número de consultas e o intervalo de tempo entre elas, observou-se que a quantidade era insuficiente quanto ao que preconiza o Ministério da Saúde (no mínimo sete consultas de zero a um ano de idade), mas não foi possível investigar o porquê deste descumprimento, uma vez que as anotações encontradas não havia registro do motivo da ausência da família, nem a realização de busca ativa. Por isso, é pertinente que outros pesquisadores aprofundem o assunto, visto que, independente da causa, a equipe de saúde deve permanecer atenta e procurando

formas de atrair e sensibilizar a população da importância do acompanhamento da criança, já que várias anormalidades e doenças podem ser detectadas nesta fase.

No tocante ao acompanhamento dos principais marcos do desenvolvimento da criança, a investigação permitiu evidenciar a ausência de registros relacionados a este aspecto, nas anotações, denotando que falta consonância com o que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde da criança de acordo com o Ministério da Saúde.

Dois fatores poderão estar interferindo na atuação do enfermeiro na puericultura: 1 o nível de consciência apresentado pelo enfermeiro quanto à importância desse acompanhamento e 2 o valor dado as anotações direcionadas a esta temática, considerando que os registros servem como base para sua própria orientação.

Diante disso, percebe-se a necessidade de introduzir e fomentar discussões, na vida acadêmica dos discentes e enfermeiros, sobre a importância das anotações de enfermagem, com o intuito de enfatizar e valorizar essa prática cotidianamente, despertando a consciência destes para uma consulta mais humanizada e comprometida com a saúde da criança.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Hockenberry MJ, Ilson D, Winkelstein ML, Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
3. Rocha SMM. O Processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1990.
4. Almeida CAN, Del Ciampo LA, Ricco RG, Crott GC. Crescimento físico. In: Figueira F, Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
5. Figueira FJS, Melo H, Samico IC, Alves JGB. Generalidades. In: Figueira F, Alves JGB, Maggi RS. Diagnóstico

- e tratamento em pediatria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
  7. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
  8. Silva ARV, Costa FBC, Araújo TL, Galvão MTG, Damasceno, MMC. Consulta de enfermagem a cliente com Diabetes mellitus e hipertensão arterial: relato de experiência. *Rev Rene*. 2007; 8(3):101-6.
  9. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):55-61.
  10. Oliveira VC, Cadete MMM. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *REME Rev Min Enferm*. 2007; 11(1):77-88.
  11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº196/96. Decreto nº 9.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Suppl):15-25.
  12. Sucupira ACSL, Figueira BD. Caderno temático da criança: os fundamentos para o seguimento da criança de alto risco. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2003.
  13. Hoch JMS, Pedro ENR. Acompanhamento das crianças inseridas no Programa Pra-Crescer do PSF Viçosa/Porto Alegre. In: Lopes MJM, Paixão DX. Saúde da família: histórias e caminhos. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. p.157-65.
  14. Sucupira ACSL, Bresolin AMB. Caderno temático da criança II: princípios do atendimento à criança. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2003.
  15. Organização Panamericana de Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: manual de capacitação em atenção primária; 2005.
  16. Torres AAL, Furumoto RAV, Alves ED. Avaliação Antropométrica de pré-escolares – comparação entre os referenciais: NCHS 2000 e OMS 2005. *Rev Eletr Enferm*. 2007; 9(1):176-90.
  17. Costa KS, Munari DB. O grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2004; 12(1):54-9.
  18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília; 1998.

**RECEBIDO:** 08/07/2008

**ACEITO:** 30/09/2009

## SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO PAI DIANTE DO NASCIMENTO DO FILHO

## FEELINGS UNDERGONE BY THE FATHER AT THE BIRTH OF HIS CHILD

## SENTIMIENTOS VIVIDOS POR EL PADRE AL PRESENCIAR EL NACIMIENTO DEL HIJO

JOVANKA BITTENCOURT LEITE DE CARVALHO<sup>1</sup>ROSINEIDE SANTANA DE BRITO<sup>2</sup>ANA CRISTINA PINHEIRO FERNANDES ARAÚJO<sup>3</sup>NILBA LIMA DE SOUZA<sup>4</sup>

*O estudo teve como objetivo analisar os sentimentos vivenciados por pais diante o nascimento do filho. Pesquisa qualitativa, desenvolvida em duas instituições públicas de Natal – RN. Participaram do estudo 10 pais que estiveram presentes durante o nascimento do filho. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, em novembro e dezembro de 2004. O conteúdo das falas foi tratado em conformidade com análise de conteúdo e analisado em uma abordagem do interacionismo simbólico. Os depoimentos revelam que os pais ao assistirem o nascimento do filho experienciam emoções de felicidade, inquietação, medo, nervosismo e preocupação. Sob a ótica do interacionismo simbólico os entrevistados no contexto parturitivo interagiram mediante a interpretação que define o parto como fator de felicidade e mudanças. Portanto, a chegada de uma criança no meio familiar é uma etapa de transformação na vida do casal entremeadas por sentimentos voltados para a mãe e filho.*

**DESCRITORES:** Paternidade; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica.

*The aim of this study was to analyze fathers feelings at the birth of their children. It is a qualitative study conducted at two public institutions in Natal, RN. Ten fathers who were present during the birth of their children took part in the study. The data were collected in November and December 2004 using a semi-structured interview. The discourses were treated by content analysis using symbolic interactionism approach. The discourses revealed that the fathers who are present at their children's birth, experience emotions of happiness and anxiety, along with fear, nervousness and concern. From the perspective of symbolic interactionism, the subjects interacted in the context of parturition according to their interpretation of the delivery as a happy and changing factor. Therefore, for the couple, the arrival of a child amidst the family, represents a life transforming stage intermingled with feelings directed towards the mother and child.*

**DESCRIPTORS:** Paternity; Humanizing delivery; Obstetrical nursing.

*El estudio tuvo como objetivo analizar los sentimientos vividos por los padres frente al nacimiento del hijo. Investigación cualitativa, desarrollada en dos instituciones públicas de Natal RN. Participaron del estudio 10 padres que estuvieron presentes durante el nacimiento de su hijo. Los datos se recogieron mediante entrevista estructurada en parte, durante los meses de noviembre y diciembre del 2004. El contenido de las declaraciones fue tratado conforme el análisis de contenido y analizado planteando la interacción simbólica. Las declaraciones revelan que los padres al presenciar el nacimiento del hijo sienten emociones de felicidad, inquietud, miedo, nerviosismo y preocupación. Bajo el punto de vista de la interacción simbólica los entrevistados enfrentados al parto interactuaron mediante la interpretación que define el parto como factor de felicidad y cambios. Por lo tanto, la llegada de un niño al medio familiar es una etapa de transformación en la vida de la pareja permeada por sentimientos encauzados hacia madre e hijo.*

**DESCRIPTORES:** Paternidad; Parto humanizado; Enfermería obstétrica.

<sup>1</sup> Doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Professora da EEN/UFRN. Campus Universitário. Rua Das Margaridas, 1286. Tirol. Natal-RN. CEP: 59020-580. Brasil. E-mail: jovanka@ufrnet.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Campus Universitário. Brasil. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

<sup>3</sup> Doutora do PPGCSA-UFRN. Professora. Departamento Toco-ginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. MEJC-UFRN. Brasil. E-mail: een@enfermagem.ufrn.br

<sup>4</sup> Doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Professora da UFRN. Campus Universitário. Brasil. E-mail: secdenf@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

No cenário mundial os cuidados prestados à mulher, recém-nascido e família durante o processo da parturição sofreram mudanças através do tempo. No passado, o controle do trabalho de parto, parto e pós-parto era realizado em ambiente familiar com a ajuda de outras mulheres – parteiras ou comadres – que detinham conhecimentos empíricos sobre o nascimento.

A atuação dessas mulheres repercutia nos índices de mortalidade materna e perinatal, suscitando discussão na esfera pública ancorada por necessidades políticas e econômicas de cada época. O parto, conseqüentemente, deixava de ser privado, íntimo e feminino e novos paradigmas surgiram voltados para o saber médico, transformando-o de um evento natural e fisiológico para um processo patológico e medicalizado<sup>(1)</sup>.

Essa concepção toma vulto, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial quando o parto passa a ser predominantemente hospitalar. No Brasil, até os anos de 1950, os partos eram domiciliares; embora os homens não os assistissem estavam próximos podendo ter contato com a sua esposa e o bebê logo após o nascimento. Dessa data em diante, o mesmo foi institucionalizado com vistas a reduzir a mortalidade materna e perinatal, o que contribuiu para o afastamento da família no momento da parturição<sup>(2)</sup>.

Na perspectiva de reverter essa situação, o Ministério da Saúde vem buscando a humanização da assistência através da implementação de estratégias que envolvem um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam promover o parto e nascimento saudáveis. Nesse sentido foram estabelecidas portarias ministeriais voltadas para a melhoria da assistência obstétrica. Dentre essas destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), cujo propósito é garantir e ampliar o acesso de gestantes aos cuidados durante o ciclo gravídico e puerperal.

Embora o programa tenha encontrado algumas dificuldades na sua efetivação, representa um avanço nos cuidados de saúde das mães como também dos recém-nascidos. Entretanto, para que a melhoria dessa assistência se torne realidade é necessário estabelecer ações que favoreçam uma participação efetiva dos envolvidos no pro-

cesso de cuidar, desde a atenção básica até o atendimento hospitalar para o alto risco<sup>(1,3)</sup>.

Tratando-se da atenção básica, os cuidados pré-natais merecem destaque por envolver uma série de procedimentos e atitudes que constituem o alicerce do parto e nascimento humanizados. A humanização do atendimento pré-natal requer não só o saber técnico-científico do profissional, mas também mudança de postura e afastamento de mitos que permeiam a gestação. Nesse período a mulher necessita de orientações inerentes ao estado gestacional como também sobre a anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto e as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento. Vale ressaltar que essas devem ser extensiva ao companheiro, desde o início da gravidez, considerando que o mesmo vivencia junto à mulher as etapas reprodutivas<sup>(1,3)</sup>.

A presença do parceiro às consultas de pré-natal se reveste de importância no processo de humanização da assistência obstétrica. Seu distanciamento, tanto da gestação como do parto, tende a causar sentimento de solidão e vazio na mulher. Por outro lado, a notícia da gravidez quando compartilhada origina no homem sentimento de satisfação e bem estar<sup>(1,4)</sup>.

Concernente ao parto humanizado existe reconhecimento da necessidade de uma relação de respeito do profissional que atende a mulher no processo da parturição, dada a singularidade desse momento para o casal. Nesse cenário, a presença marcante do cônjuge na cena do parto representa a oportunidade de acompanhar mais de perto e de forma ativa o nascimento de seu filho. Durante esse período como também no pós-parto, o apoio amoroso do companheiro integra a humanização da assistência preconizada pela OMS baseada nas evidências científicas, de que a presença de um acompanhante propicia segurança emocional à mulher trazendo benefícios tanto para ela como para o bebê<sup>(1,2)</sup>. Portanto, enquanto enfermeiras obstétricas cabem-nos trabalhar em prol do acolhimento e da participação do cônjuge no pré-natal, parto e puerpério.

Essas questões nos levam a reconhecer a necessidade de investigarmos aspectos inerentes ao companheiro no âmbito da parturição, considerando que ter um filho representa um momento importante na vida do homem e

da mulher, e que, permeado por diferentes acepções tendem a influenciar o nascimento. Além disso, as ações de uma pessoa, diante de um fenômeno guardam relação com o significado que este tem para ela. Dessa forma a parturição no cotidiano masculino se reveste de significação emergente de um processo interativo no transcorrer do parto. Visto isso, as expectativas paternas surgidas devem ser atenuadas na perspectiva de levá-los a ser um integrante ativo durante a parturição, favorecendo como também sendo favorecido, e conseqüentemente, ter suas dúvidas, medos e anseios minimizados.

Diante destas concepções, questionamos: quais os sentimentos vivenciados pelo homem por ocasião do nascimento de um filho? Mediante a essa indagação tivemos como objetivo analisar os sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho.

Acreditamos que o alcance deste objetivo fornecerá subsídios para profissionais de saúde prestadores de cuidados à mulher e consideram o homem membro ativo do processo da reprodução, em particular a enfermeira obstetra. Assim sendo, poderemos contribuir para a fundamentação teórica do planejamento de ações, voltadas ao homem à saúde e aos direitos reprodutivos.

## MÉTODOS

Consoante ao objeto de estudo a pesquisa em questão é exploratória e descritiva com uma abordagem qualitativa, desenvolvida em duas instituições públicas de Natal/RN/Brasil que adotam o princípio da humanização da assistência à parturiente.

A pesquisa contou com a participação de 10 pais que estiveram presentes na sala de parto durante o nascimento de seu filho. Como critério de inclusão estabelecemos que os homens deveriam estar presentes na sala de parto durante o nascimento do filho e as respectivas companheiras no pós-parto imediato. O total de participantes foi considerado satisfatório uma vez que com esse contingente houve saturação dos dados. Para obtenção das informações utilizamos um roteiro de entrevista, constituído de duas partes, uma contendo variáveis demográficas com a finalidade de caracterizar os entrevistados e outra específica ao objeto de estudo, ou seja, uma questão norteadora:

o que o senhor sentiu quando participou do nascimento de seu filho na sala de parto?

Para a obtenção das informações utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada, as quais foram coletadas nos meses de novembro e dezembro de 2004. Essa etapa foi realizada na sala de parto logo após o pai ter vivenciado o nascimento do filho, antecedida pela autorização formal do mesmo, através de um termo de consentimento livre e esclarecido conforme as exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa com seres humanos. Como forma de preservar o anonimato dos participantes atribuímos nomes fictícios aos mesmos. Ressaltamos que o projeto foi submetido ao comitê de ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – CEP – UFRN protocolo nº 108/04. Após parecer favorável do CEP-UFRN e autorização das instituições envolvidas, a coleta de dados foi efetuada.

Para a análise dos dados, utilizamos os procedimentos do método de análise de conteúdo na modalidade da análise temática segundo Bardin, prestando-se a organizar as falas dos entrevistados<sup>(5)</sup>. Desse modo os depoimentos foram transcritos, os núcleos de sentidos identificados, codificados e categorizados. Em seguida, os resultados foram analisados dentro de uma abordagem do interacionismo simbólico<sup>(6)</sup> e discutidos com base nos achados literários sobre o homem no ciclo gravídico-puerperal e humanização da assistência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos dados sócio-demográficos constatamos que a maioria dos participantes se encontrava com menos de 42 anos de idade, com renda familiar variando entre 1 e 8 salários mínimos mensais, em nível de escolaridade fundamental e médio completo, casados e em união consensual.

A seguir apresentamos a temática – Sentimentos do pai quando presente na sala de parto – originada a partir do conteúdo das falas dos entrevistados.

Para o homem, a paternidade resulta essencialmente de uma transformação psíquica que é conseguida mediante sua participação ativa no desenrolar da gravidez de sua companheira. Essa participação assume diversas

formas de expressão, mas as principais linhas são o amor, o companheirismo e o espírito de sacrifício. Dentro dessa abordagem, torna-se necessário e importante que a grávida experimente o amor e o apoio do companheiro, muitas vezes expressos nos pequenos gestos e nas pequenas atenções dispensadas por ele, levando-a a sentir a presença do pai de seu filho e reforçando a união entre eles enquanto casal<sup>(7,8)</sup>.

São várias as reações apresentadas pelos pais no momento do parto quando vêem o bebê. Muitos se decepcionam por acharem o recém nascido diferente do desejado ou por não ser do sexo desejado, alguns ficam temerosos com a responsabilidade de ter um filho e outros se emocionam profundamente ao ver o filho tão esperado<sup>(9)</sup>. Junto a isso têm sensação de alívio quando o bebê vem ao mundo e são tomados de alegria. Querem tocar, acariciar e conhecer o filho<sup>(2)</sup>.

Os entrevistados, desta investigação, ao experienciarem o nascimento de seus respectivos filhos referiram emoções que foram expressas com o choro. ... *muita emoção. Não vou dizer que não chorei, chorei! Entendeu. Chorei porque homem não é aquele que não chora, é o que chora principalmente nessas horas* (João). *Foi muita emoção, tive vontade de chorar, de gritar de felicidade* (Mateus). *É uma emoção que não tem como explicar. É uma emoção forte que até me fez chorar* (Daniel).

Observamos nessas falas que os depoentes ao enfatizarem as emoções vividas por eles procuraram justificar o fato de não conseguirem reter o choro, como resposta a intensidade de sentimentos velados quando presentes na sala parto. Essa atitude nos leva a considerar que os entrevistados vivenciaram a chegada de seus filhos arraigados a concepções que se voltam para novos paradigmas do homem nas relações de gênero, quando admitem o direito de chorar.

Os pais relataram ainda que após assistirem ao nascimento de seus filhos passaram a sentir-se diferentes: ... *eu estou me sentindo mudado... Algo mexeu muito comigo... já estou começando a fazer planos* (Pedro). ... *É uma experiência de vida nova. Porque sinceramente de ontem para hoje eu me sinto outro* (Daniel). ... *eu estou me sentindo diferente. Mais responsável, Agora tenho duas pessoas que dependem de mim. Eu me sinto mais homem, mais forte* (Davi).

A sensação de mudanças mencionadas por alguns participantes pode estar atrelada ao significado social que o filho representa para eles, por exemplo, comprovação da sua virilidade, reconhecimento de poder e honra dentre outros.

O posicionamento do homem no contexto da reprodução varia em grau, natureza e intensidade. Essa oscilação deve-se ao fato de que a chegada de uma criança determina alterações relevantes, tanto nos membros da família como no grupo social dos genitores, avós e irmãos. Além disso, cria expectativas, planos e projetos junto a novas exigências de tarefas e funções de cada pessoa para o novo ser que irá chegar<sup>(4,9)</sup>.

A realidade que envolve o pai no contexto familiar e parturitivo apresenta-se como consequência de um método no qual a interação do homem enquanto companheiro e pai começa com a gravidez, transcorre o parto e se prolonga no pós-parto. Esse processo decorre da definição que ele atribui ao nascimento do filho. Os depoimentos, quando analisados sob a ótica do interacionismo simbólico, denotam que os entrevistados ao experienciarem a efetivação da paternidade estabeleceram um processo de interação consigo mesmo, definido por eles, como sentimentos de mudanças internas, porém, verbalizadas sob as concepções que regem as relações de gênero.

Os participantes evidenciaram também a responsabilidade, o papel de provedor familiar e sua masculinidade. Prover materialmente os seus descendentes é a primeira responsabilidade inequívoca do pai, cabendo-lhe propiciar os meios materiais que permitam aos filhos crescerem com saúde, segurança e educação<sup>(9,10)</sup>. Nesse sentido, podemos considerar que ter responsabilidade é prever os efeitos do próprio comportamento utilizando-se de previsão como expressou um dos entrevistados – ... *já estou fazendo planos para o futuro*. Essa fala nos leva a conceber que tanto a gravidez como o parto, além de representarem uma maior necessidade de recursos financeiros, podem desenvolver no homem, sentimento de ameaça na posição de bom pai e bom companheiro. Isto tende a desencadear a busca por mais trabalho no intuito de suprir as necessidades materiais da família e conservar sua posição de provedor<sup>(11,12)</sup>.

Nessa vertente de abordagem, outros estudos evidenciaram que a gravidez sucinta no homem sensação de natureza social e psicológica, que percorre todo processo gestatório levando-o a viver mudanças inerentes a sua posição na sociedade<sup>(4,11)</sup>. Esse fato foi constatado nos depoimentos que revelaram mudanças intrínsecas nos pais, sujeitos do estudo em apreço. Para muitos casais ter um filho pode significar o alcance de uma meta que se concretiza na sala de parto, quando o fenômeno de imaginário passa a ser real.

Na atualidade, a figura masculina vem buscando uma mudança cultural, deixando de ser apenas mantenedor familiar, para estar junto da sua mulher na parturição<sup>(7)</sup>. Essa nova concepção de paternidade estabelece uma participação ativa e amorosa do companheiro não só na gravidez, mas também no parto, pós-parto e aleitamento materno.

Relativo ao parto, embora de forma ainda inexpressiva os homens estão acompanhando a parturição de suas respectivas companheiras. Sua presença é vista com naturalidade, além de compartilharem a chegada do filho, a grávida sente-se protegida e cuidada<sup>(13)</sup>. Já é constatado, que a presença de um acompanhante na sala de parto diminui o tempo de trabalho de parto como também o uso de medicação e o número de cesáreas. Além disso, aumenta a frequência do apgar da criança, que em geral, é considerado satisfatório acima de sete, o que contribui para uma amamentação mais duradoura e conseqüentemente diminui a incidência do desmame precoce dentre outros benefícios.

Ao estarem presentes na sala de parto, os pais vivenciaram estado de inquietação como o medo, o nervosismo e preocupação. Dentre estes, o medo foi enfatizado pela maioria dos participantes. *Eu estava preocupado, com muito medo ....* (João). *Eu tinha medo, me preocupava, mas não deixava transparecer para que ela não ficasse nervosa. Eu estava muito tenso* (Paulo). *Eu tinha medo dentro de mim. Medo que eles morressem* (Marcos).

Consoante a estes depoimentos, os homens como acompanhantes na sala de parto padecem de medo e procuram superá-lo a fim de evitar que a mulher fique nervosa. Esse sentimento, vivenciado por eles, encontra explicação pelo desejo velado de protegerem a mulher nessa fase. Por outro lado, concebemos que tal emoção revela o

nascimento de um filho como uma ameaça para eles enquanto membros de um contexto familiar. A presença de um recém nascido no meio familiar pode desencadear no pai sentimento de rivalidade, já que o carinho e afeto da mãe/companheira passa a ser dividido entre eles<sup>(14)</sup>.

Em geral, o medo pode ser originado por incerteza e alterações orgânicas advindas de doenças ou mesmo da possibilidade do indivíduo ser acometido por elas com seus sinais e sintomas<sup>(15)</sup>. No contexto da parturição isto é admissível, visto que o parto é caracterizado como um fenômeno que passa por transposição de um estado para outro, permeado por mitos e tabus de diferentes culturas. Soma-se a isso, a carência de conhecimentos relativos ao processo reprodutivo desencadeando no pai preocupação quanto ao sucesso do parto. Nesse sentido, uma investigação realizada junto ao homem/pai constatou que o companheiro sente o desejo de conhecer aspectos que dizem respeito ao corpo feminino e enfatiza a necessidade de informações sobre o assunto. Assim, passam agir intuitivamente apesar do medo e da ansiedade que lhes assolam<sup>(16)</sup>.

O fato dos entrevistados sentirem preocupação torna-se relevante quando consideramos o parto como um momento revestido de sentimentos, expectativas, anseios e necessidades de naturezas diversas. Essa realidade faz surgir a incerteza do sucesso desse evento, tanto sob o ponto de vista social como emocional. Dessa forma, cabe aos profissionais envolvidos na atenção a gestante e família atentar para as necessidades do homem inserido no processo do ciclo gravídico puerperal. Dentre esses, destacamos o enfermeiro no sentido de estabelecer comunicação e interação com o pai fornecendo ajuda, apoio em um clima de confiança e compreensão<sup>(17)</sup>.

Há evidências de que, quando os pais participam da gestação de maneira efetiva, o desejo de estar com a mulher na sala de parto, surge no pré-natal, reconhecem o parto como um momento importante e reafirmam que os benefícios são extensivos a todos envolvidos no processo em uma relação igualitária<sup>(2,4)</sup>. Essas considerações levam-nos ao entendimento de que os homens, nas fases do trabalho de parto, vivenciam um processo de interação com eles mesmos, a companheira e o ambiente que o leva a ter uma atitude diferenciada, em conformidade com

o significado que eles atribuem ao processo de trabalho de parto<sup>(18)</sup>. Assim sendo, carecem de cuidados e atenção. Visto isso, no intuito de aliviar as tensões e opressões advindas do parto, as instituições e os profissionais que atuam junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal devem traçar metas e ações voltadas para os companheiros, na perspectiva de reverter o medo em sentimentos que o impulsionem a apoiar e partilhar com a mulher o nascimento do filho.

No início do trabalho de parto, normalmente os homens estão calmos, na fase mais ativa os sentimentos de medo e desmaios costumam aparecer gerando insegurança como também ansiedade, fazendo os mesmos perceberem que o parto é mais difícil do que eles esperavam<sup>(15)</sup>. Na perspectiva de mudar esse quadro, os pais devem ser convidados para conversas e reuniões como também merecem ser tratados com o mesmo carinho que as mulheres.

O parto como um momento de resolutividade da gravidez, imbuído de tabus e significados tende a provocar nos homens inseguranças e incertezas, como podemos observar nas falas dos participantes deste estudo. Tal constatação exprime a necessidade de um novo olhar para o cônjuge durante todo o ciclo gravídico puerperal.

Nessa perspectiva a atenção aos companheiros deve ser o mais precoce possível de modo que, as ações inerentes às parturientes e parceiros sejam incentivadas, a fim de contribuir para minimização da ansiedade do casal durante o nascimento. Essa concepção, se fundamenta no princípio de que no âmbito da interação, o significado pode sofrer influência de pessoas que vêem o momento do parto de maneira diferente. Visto isso, estar atento a gestos e falas dos acompanhantes na sala de parto torna-se imperativo no dia a dia do profissional que atua no centro obstétrico, pois, o envolvimento dos homens no processo da parturição traz uma história de vida onde o parto assume diferentes significados.

Segundo os aportes do interacionismo simbólico, o ser humano tem como base de suas ações os símbolos que por ele são interpretados e definidos. Assim sendo, a interação dos entrevistados no contexto parturitivo ocorreu mediante a interpretação que definiu o parto como fator predisponente a danos irreversíveis como a morte da mulher e do filho.

A morte foi referenciada pelos depoentes como causa de medo. Acreditamos que esse fato seja decorrente do desconhecimento acerca da fisiologia do parto que somado ao estado de ansiedade, normalmente vivenciados por eles, constituem fatores desencadeante de experiências um tanto conflituosas no momento da parturição de suas parceiras.

Nesse processo, a morte simbolicamente representa o final de um percurso e conseqüentemente, desmembramento de uma estrutura familiar.

Vale ressaltar que os homens ao expressarem emoções por ocasião do nascimento de seus filhos, se referiram ao parto como acontecimento bonito: *Eu nunca tinha assistido um parto, foi muito bonito ...* (Mateus). *Tem uma coisa mais linda do mundo do que o nascimento de uma criança. Pense, é lindo, é emocionante ...* (Marcos).

A opinião expressa pelos depoentes sobre o parto como algo bonito e emocionante surge à medida que a parturição de suas respectivas mulheres ocorreu dentro dos princípios da humanização obstétrica e transcorreu de maneira fisiológica. Nesse sentido, entendemos que para valorizar os sentimentos, as emoções vivenciadas por parturientes e seus respectivos parceiros, se faz necessário individualizar e contextualizar a assistência que lhe é prestada desde o pré-natal até o pós-parto.

De modo geral, as falas dos entrevistados mostram que a chegada de uma criança no âmbito familiar é uma etapa de transformações na vida do casal, entremeada de emoções expressas nos depoimentos e exteriorizadas por choro observado durante a entrevista. Evidenciam ainda, que o nascimento de um filho modifica o cotidiano dos pais com sentimento de maior responsabilidade e de novos projetos para o futuro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória adotada para estudarmos os sentimentos vivenciados pelo pai durante o nascimento do filho nos possibilitou revelar questões inerentes ao homem no contexto da parturição. Esse momento ganha diferentes simbolismos, que determinam e interferem nas ações paternas como também influenciam seus sentimentos. Isso nos leva a conceber que eles podem compartilhar efetivamente jun-

to a companheira a alegria, preocupação, medo, nervosismo como foi explicitado em suas falas.

O homem contemporâneo tem procurado conciliar seu trabalho na vida pública e na vida privada, com o intuito de ajudar a companheira apoiando-a emocionalmente durante o período gravídico puerperal como também cuidando do recém nascido. Esse fato nos remete ao entendimento de que o mesmo considera importante o seu papel na divisão de tarefas e na criação dos filhos, sentindo-se feliz em poder experienciar juntamente com a parceira esse momento na vida de ambos. O pai em um contexto interativo no processo de nascimento e integrante como é, carece de cuidados. Entretanto, para que isso se torne realidade é necessária a implantação de estratégias assistenciais com vistas a atendê-lo do pré-natal ao puerpério, e assim, contribuir para minimização da inquietação que envolve o homem no ciclo gravídico puerperal.

Acreditamos que os resultados do estudo venham a contribuir para o preenchimento das lacunas no mundo literário sobre o homem no contexto do nascimento.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Espírito Santo LC, Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Rev Gaúcha Enferm.* 2000 jul; 21(2):87-109.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização no pré-natal e nascimento: normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Freitas WMF, Coelho EAC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(1):137-45.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2000.
6. Blumer H. *Symbolic Interactionism perspective and method.* California: Prentice-Hall; 1969.
7. Montgomery M. *O novo pai.* 12ª ed. São Paulo: Prestígio; 2005.
8. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(2 Supl):389-98.
9. Maldonado MT, Dickstein J, Nahoum JC. *Nós estamos grávidos.* 11ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
10. Pesamosca LG, Fonseca AD, Gomes VCO. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *REME Rev Min Enferm.* 2008; 12(2):182-8.
11. Brito RS. *A experiência do homem no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista [tese].* Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
12. Bornholdt E, Wagner A, Staudt ACP. A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Rev Psicol Clin.* 2007; 19(1):75-92.
13. Carvalho ML. O renascimento do parto e do amor. *Rev Estudos Feministas.* 2002; 10(2): 521-3.
14. Brito RS, Fernandes EO. Opinião do pai sobre o aleitamento materno. *Rev Rene.* 2006; 7(1):9-16
15. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Oliveira EMF. *Vivência do homem no puerpério [dissertação].* Natal (RN): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
17. Cardoso MVLML, Souto KC, Oliveira MMCO. Compreendendo a experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado na unidade neonatal. *Rev Rene.* 2006; 7(3):49-55.
18. Carvalho JBL, Brito RS. Atitude do pai diante do nascimento. *Rev Rene.* 2008; 9(4):76-84.

RECEBIDO: 01/04/2009

ACEITO: 30/09/2009

## ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

### SOCIO-DEMOGRAPHIC ASPECTS THAT INFLUENCE THE DECISION OF TAKING UP ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT

### ASPECTOS SOCIAL-DEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO CONTRA HIPERTENSIÓN

RAFAELLA FELIX SERAFIM VERAS<sup>1</sup>  
JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA<sup>2</sup>

*A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica que gera várias complicações cardiovasculares graves e alteram o funcionamento de órgãos importantes como rins, cérebro e olhos. A ocorrência da hipertensão assim como a adesão ao tratamento anti-hipertensivo são influenciados pelos fatores sócio-demográficos. O presente estudo tem como objetivos descrever os achados das variáveis sócio-demográficas dos hipertensos atendidos numa Unidade Básica de Saúde da Família do bairro São José I e compará-los com os achados da Unidade de Nova Esperança e Cidade Verde IV. Grande parte dos resultados obtidos concordou com os das outras pesquisas havendo diferenças referentes ao nível de escolaridade. As informações obtidas mostram-se de vital importância para a equipe de saúde da família por facilitarem a elaboração de estratégias de prevenção primária e secundária, no sentido de otimizar a assistência prestada aos usuários.*

**DESCRIPTORIOS:** Hipertensão; Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde; Cooperação do paciente.

*The systemic arterial hypertension is a chronic disease, which raises many serious cardiac complications and changes the functioning of important organs like kidneys, brain and eyes. Hypertension as well as anti-hypertensive treatment are probably influenced by socio-demographic factors. This study aimed to describe the data of socio-demographic characteristics of hypertensive patients attended at the family health primary care center of the São Jose district comparing them with the findings of the Nova Esperança district and Cidade Verde IV units. Most results agreed with previous studies being different only at the educational level. The information obtained is important to the health professionals because it facilitates the development of strategies for primary and secondary prevention in order to improve the assistance provided to users.*

**DESCRIPTORS:** Hypertension; Patient Acceptance of Health Care; Patient Compliance.

*La Hipertensión Arterial Sistémica es una enfermedad crónica que genera varias complicaciones cardiovasculares graves y alteran el funcionamiento de órganos importantes como riñones, cerebro y ojos. La aparición de la hipertensión y la adhesión al tratamiento contra hipertensión están influenciadas por factores social-demográficos. Este estudio tiene por objetivo describir los hallazgos de las variables social-demográficas encontrados en los hipertensos atendidos en una Unidad Básica de Salud de la Familia del barrio São José I y compararlos con los hallazgos de la Unidad de Nova Esperança y Cidade Verde IV. La mayoría de los resultados obtenidos está de acuerdo con los de las otras pesquisas con algunas diferencias referidas al nivel de escolaridad. Las informaciones obtenidas son de vital importancia para el equipo de salud de la familia por facilitar la elaboración de estrategias de prevención primaria y secundaria, con el fin de optimizar la asistencia prestada a los usuarios.*

**DESCRIPTORIOS:** : Hipertensión; Aceptación de la Atención de Salud; Cooperación del Paciente.

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)/Brasil. E-mail: rafahoney@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração/CCS/UFPB. Endereço: R. Adm. José Silva Peruci, 110 – Apto 304/A – Jardim Cidade Universidade. CEP: 58.052.283 – João Pessoa-PB/Brasil. E-mail: jacirasantosoliveira@gmail.com / jacira@ccs.ufpb.br

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica, não transmissível, caracterizada por aumento persistente da pressão sanguínea nos vasos arteriais decorrente fundamentalmente do comprometimento dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores resultando em alterações na irrigação tecidual e conseqüentemente danos a órgãos, a exemplo dos rins, cérebro e olhos<sup>(1)</sup>.

Constitui-se um risco para a saúde, pois gera várias complicações cardiovasculares graves. No Brasil, cerca de 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de Doenças Isquêmicas do coração têm forte relação com a hipertensão não controlada<sup>(1)</sup>.

Freqüentemente, a HA está associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos, acometendo principalmente idosos, com predominância no sexo masculino entre 45 e 59 anos e a partir dessa faixa etária, a prevalência é maior nas mulheres<sup>(1)</sup>.

No Brasil, o número de hipertensos é crescente. Estima-se que, atualmente, existam 17 milhões de portadores da patologia, a qual atinge 35% da população com mais de 40 anos e uma parcela considerável de crianças e adolescentes<sup>(2)</sup>.

Sendo responsável também, por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho acarretando um alto custo social ao país<sup>(3)</sup>.

Adesão ao tratamento pode ser entendida como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudança no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde<sup>(4)</sup>.

A adesão ao tratamento para hipertensão arterial merece destaque, pois existem pelo menos 600 milhões de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença cause a morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos<sup>(5)</sup>.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão a ocorrência da hipertensão assim como a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser influenciada por vários fatores, dentre eles podem ser citados a idade, sexo, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconômico<sup>(6)</sup>.

Nesse sentido, emergem alguns questionamentos, como: Qual o perfil sócio-demográfico dos portadores de

hipertensão da Unidade de Saúde da Família do Bairro São José? Será que os resultados encontrados na USF estudada são semelhantes aos resultados apontados em pesquisas realizadas em outras USFs? A necessidade de traçar o perfil e fazer comparações entre as Unidades de Saúde da Família em diferentes bairros da capital da Paraíba partiu de uma pesquisa que já sendo realizada deste 2007 com a finalidade de mapear as características sócio-demográficas dos hipertensos cadastrados nas unidades onde acontece as atividades teóricas-práticas dos discentes de enfermagem de um universidade pública.

Para responder tais questionamentos, este estudo tem como objetivos descrever os achados das variáveis sócio-demográficas dos hipertensos atendidos numa Unidade Básica de Saúde da Família do bairro São José I e compará-los com os achados da Unidade de Nova Esperança e Cidade Verde IV.

Dessa forma, é de relevante importância identificar as características sócio-demográficas dos hipertensos em uma USF para conhecer a população que necessita de cuidados para que assim sejam planejadas ações condizentes com a realidade local.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Unidade de Saúde da Família São José I, localizada no Bairro São José, na cidade de João Pessoa, PB. Esta unidade é responsável pela cobertura de 714 famílias, cerca de 3.000 pessoas, contendo 154 hipertensos cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), do Ministério da Saúde. Nesta unidade realiza em média 102 atendimentos mensais aos hipertensos, além das visitas domiciliares e da parcela de usuários que não necessitam de consulta mensal por estarem com os níveis pressóricos controlados.

A população foi composta por hipertensos (154) cadastrados na referida unidade. A amostra foi formada por amostragem de conveniência que correspondeu a 30% da população em questão (47 hipertensos), que realizaram consulta de enfermagem no mês de junho de 2008.

Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento utilizado no estudo intitulado: Hipertensão arterial: fatores que interferem no seguimento do Regime Terapêutico realizada em 2007<sup>(7)</sup>. No instrumento constaram perguntas abertas e fechadas sobre os dados sócio-demográficos dos participantes relacionados aos itens: sexo, idade, etnia, situação familiar, escolaridade e nível socioeconômico. Quanto à etnia os participantes foram classificados como branco; pardo e negro. Esta classificação pode causar viés decorrente do método de aferição da etnia, pois foi determinada por meio de auto-identificação e observação. A classificação amarela e indígena não aparece neste estudo por que não houve participante com estas características.

A coleta foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sendo respeitada a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde<sup>(8)</sup>, que dispõe sobre as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Para participar da pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual lhes garante o anonimato e autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo. Foram também disponibilizados meios para que os mesmos mantenham contato com os pesquisadores a fim de esclarecerem possíveis dúvidas, como também acesso aos resultados do estudo. Primeiramente a pesquisadora esclareceu os objetivos da pesquisa fornecendo instruções acerca dos procedimentos a serem adotados para em seguida coletar as informações durante a consulta de enfermagem.

Os resultados foram organizados em tabela e analisados descritivamente com base em frequências absolutas e percentuais.

## RESULTADOS

As características sócio-demográficas são variáveis importantes a serem consideradas durante a observação de uma população, pois podem exercer grande influência no seguimento do regime terapêutico pelo hipertenso<sup>(7)</sup>.

A tabela 1 distribui os dados de acordo com as características sócio-demográficas da amostra do presente estudo e dos participantes das pesquisas intituladas HIPER-

TENSÃO ARTERIAL: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico e PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: por que é tão difícil a adesão ao tratamento? Realizadas na USF Nova Esperança em 2007 e USF Cidade Verde IV em 2008, respectivamente<sup>(7,9)</sup>.

**Tabela 1** – Distribuição de frequência absoluta e percentual dos hipertensos da Unidade de Saúde de Família São José I comparados com os dados da Unidade de Nova Esperança e Cidade Verde IV, segundo aspectos sócio-demográficos. João Pessoa-PB, 2008.

Variável	São José I		Nova Esperança		Cidade Verde IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	13	28	04	16	07	28
Feminino	34	72	21	84	18	72
Total	47	100	25	100	25	100
<b>Idade</b>						
	04	09	04	16	05	20
< 40 anos	06	13	09	36	06	24
40 a 50 anos	14		09	36		
51 a 60 anos	15		03	12		
61 a 70 anos	07		-	-		
71 a 80 anos	01	30	25	100	04	16
81 ou mais	47	31			09	36
Total		15			01	04
		02			-	-
		100			25	100
<b>Etnia</b>						
Branca	20	43	02	08	07	28
Parda	25	53	23	92	15	60
Preta	02	04	-	-	03	12
Total	47	100	25	100	25	100
<b>Situação Familiar</b>						
Vive com outras pessoas sem companheiro	16	34	09	36	05	20
Vive com companheiro e filhos	23	48	09	36	12	48
Vive com companheiro, filhos e/ou outros familiares	04	09	07	28	05	20
Vive só	04	09	-	-	03	12
Total	47	100	25	100	25	100
<b>Escolaridade</b>						
Não alfabetizado	14	30	03	12	04	16
Fundamental incompleto	21	45	16	64	06	24
Fundamental completo	02	04	04	16	05	20
Médio incompleto	01	02	-	-	02	08
Médio completo	01	02	02	08	01	04
Alfabetizado	08	17	-	-	07	28
Total	47	100	25	100	25	100
<b>Nível socioeconômico</b>						
< 1 salário mínimo	11	23	-	-	03	12
1 a 3 salários mínimos	33	71	24	96	20	80
3 a 5 salários mínimos	03	06	01	04	02	08
Total	47	100	25	100	25	100

Da amostra estudada, podemos observar que houve predomínio de consultas de enfermagem realizadas com

usuários do sexo feminino, representando 72% dos entrevistados. Tal resultado coincide com os dados da USF Nova Esperança e Cidade Verde IV que em suas amostras encontraram 84% e 72%, respectivamente<sup>(7,9)</sup>.

No que se refere à idade dos entrevistados, houve uma variação de 23 a 82 anos, tendo uma média de 59,21 anos. Evidencia-se que a porcentagem foi semelhante entre indivíduos pertencentes às faixas etárias dos 51 a 60 anos (30%) e 61 a 70 anos (31%). A realidade encontrada na USF Nova Esperança foi igual, apresentando predomínio das mesmas faixas etárias, no entanto, os dados da USF Cidade Verde IV divergiram, pois o grupo mais representativo foi apenas o de 61 a 70 anos<sup>(7,9)</sup>.

De acordo com a tabela 1, observa-se que grande parte (53%) dos entrevistados na USF do bairro São José I declararam ser pardos. Estes achados foram elevados também nas USFs de Nova Esperança (92%) e Cidade Verde IV(60%).

Em relação à situação familiar, constata-se então, que 48% (23) dos participantes convivem com companheiro e filhos, resultado semelhante na pesquisa na USF Cidade Verde IV, divergindo apenas dos resultados da USF Nova Esperança onde o número de indivíduos que moram com companheiros e filhos é o mesmo daqueles que residem com outras pessoas, sem companheiro.

Quanto ao nível de escolaridade à situação da USF do bairro São José I foi diferente dos hipertensos estudados na USF Cidade Verde IV, pois estes eram em sua maioria alfabetizados enquanto os participantes do estudo realizado na USF Nova Esperança (64%) e do estudo em questão apresentaram grande parte dos indivíduos (45%) ensino fundamental incompleto.

Os achados do presente estudo apontam que o nível socioeconômico dos participantes de todas as pesquisas obtiveram dados elevados, apresentando usuários com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Estes dados demonstram que a maior parte das famílias coloca-se na classe econômica menos favorecida, estando de acordo com a realidade do local onde moram. Neste caso, a baixa renda interfere na aquisição de medicamentos, seja quando estes não estão disponíveis na USF ou devido ao acesso precário ao serviço, visto que este se encontra distante dos domicílios, e atendimento das medidas dietéticas que envolvem o tratamento.

## DISCUSSÃO

Os dados deste estudo evidenciaram aspectos importantes dentre as características sócio-demográficas dos hipertensos entrevistados. Com relação ao sexo segundo alguns autores, as mulheres conseguem aderir mais ao tratamento quando comparadas aos homens<sup>(10)</sup>. Em um estudo realizado identificou que, embora existam muitos homens acometidos pela hipertensão arterial, as mulheres procuram mais os serviços de saúde e por serem aposentadas ou donas de casa, em sua maioria, estão mais disponíveis do horário de funcionamento da unidade de saúde em questão<sup>(7)</sup>.

As mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e também desenvolvem maiores relações com o serviço de saúde em razão de seus atributos e funções reprodutivas<sup>(4,11)</sup>. Além disso, a forma como as mulheres se encontram inseridas no mercado de trabalho não é muito rígida e permite maior flexibilidade de tempo para buscar assistência aos seus problemas de saúde.

A hipertensão arterial na mulher apresenta algumas peculiaridades no seu desenvolvimento que diferencia do homem. Durante o período fértil ela é menos hipertensa que o homem, possivelmente devido aos elevados níveis de estrógeno ou pela menor viscosidade e menor volume sanguíneo associado às perdas menstruais mensais<sup>(12)</sup>.

Em um estudo realizado em Fortaleza – Ceará com 142 mulheres hipertensas e na menopausa foi identificado hipertensão arterial após menopausa natural em 47% destas e 39% das mulheres que tiveram menopausa por ocorrência cirúrgica a hipertensão foi diagnosticada concomitantemente. As autoras concluíram que entre as mulheres participantes da pesquisa havia um grupo que se tornou hipertensa, independentemente da menopausa e de seu modo de ocorrência<sup>(13)</sup>.

No entanto, é importante relevar que alguns autores enfocam que a hipertensão ocorre, com maior frequência, em indivíduos pertencentes ao gênero masculino, porém, as mulheres correm risco de maior probabilidade de apresentar aumento da PA. Tal fato ocorre devido às modificações de hábito de vida das mulheres, uma vez que estas assumem uma grande carga de atividade, sejam estas domésticas ou profissionais<sup>(14)</sup>.

A presença de HA em idosos merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo<sup>(15)</sup>.

De acordo a Política de Saúde do Idoso, idoso é definido como o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e encontra-se mais susceptível a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor, externo ou interno, sendo, portanto, maior alvo de patologias<sup>(15)</sup>. Esta faixa etária alcançou taxas oito vezes superiores às de crescimento da população jovem no Brasil. De forma que, em 2025 seremos a sexta nação com maior número de idosos no mundo por representarem 15,1% da população (34 milhões de pessoas)<sup>(15)</sup>.

Embora a Sociedade Brasileira de Cardiologia indique que esse aumento não represente uma situação benigna, sendo um comportamento fisiológico anormal do envelhecimento<sup>(3)</sup>. Preveni-lo constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações.

Os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão visto que, os jovens não se sentem vulneráveis à doença, enquanto que os idosos, mais preocupados com a saúde, se apegam ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida<sup>(10)</sup>.

O comportamento da população estudada coincide com das outras unidades uma vez que a procura dos jovens pelo serviço de saúde é pouco significativo, onde a população não se preocupa em prevenir doenças, buscando apenas o tratamento para os sintomas que incomodam. A Hipertensão passa então a ser importante apenas para aqueles que já são acometidos e buscam medicação para evitar complicações.

Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, a prevalência da hipertensão entre negros está entre as mais elevadas do mundo. Em relação aos brancos, eles possuem níveis pressóricos maiores e que se elevam mais cedo, assim como maior incidência de hipertensão do estágio 3, muitas vezes iniciando o tratamento quando já se encontra presente lesão dos órgãos-alvo<sup>(3)</sup>.

Os afrodescendentes estão mais susceptíveis ao desenvolvimento da hipertensão arterial do que os brancos, com excesso de risco de até 130%<sup>(6)</sup>.

Além disso, no Brasil, os indivíduos de raça negra apresentam nível socioeconômico mais baixo. Dessa forma, há dificuldade de acesso aos serviços médicos, atrasando o diagnóstico e levando ao tratamento inadequado, o que torna essa população sujeita a consequências mais graves.

A situação familiar dos pacientes pode interferir na adesão ao tratamento. A família tem grande importância na evolução da doença hipertensiva, sendo o conjugue o maior responsável pelo tratamento, sobretudo se a vida em comum for intensa<sup>(10)</sup>.

Deve-se então, incluir a família no contexto do tratamento e acompanhamento do hipertenso, pois essa patologia provoca limitações no estilo de vida do doente e dos outros elementos do núcleo familiar, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo<sup>(10,16)</sup>.

Um estudo comprovou que, os hipertensos casados quando comparados com os solteiros, apresentaram chance duas vezes maior de aderir ao tratamento proposto<sup>(10)</sup>.

O nível de escolaridade influi diretamente na assimilação das orientações acerca da patologia, portanto, quanto mais baixa a escolaridade, mais difícil se torna compreender o diagnóstico, a necessidade da mudança de hábitos e os esquemas posológicos.

A escolaridade pode proporcionar uma avaliação sobre as situações de risco da hipertensão arterial, ressaltando que a exposição a fatores de risco predomina em indivíduos com baixa escolaridade<sup>(17)</sup>.

Indivíduos com baixo nível de escolaridade pode ter dificuldades em compreender as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não aderir ao tratamento correto<sup>(18)</sup>.

Sendo assim, os profissionais de saúde devem estar atentos ao tipo e a forma de linguagem que deve nortear o processo de comunicação, a fim de garantir que as informações sejam entendidas corretamente.

A V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial refere que a condição socioeconômica é um dado importante durante a realização da entrevista do indi-

víduo, contudo vale salientar que não é um problema exclusivo dos clientes hipertensos que custeiam seu medicamento, pois nos países em desenvolvimento, um contingente significativo da população hipertensa não dispõe de recursos financeiros adequados e nem de uma Política de Saúde que venha a atender às suas necessidades reais<sup>(6,10)</sup>.

Os pacientes economicamente ativos apresentavam maior adesão ao tratamento do que os aposentados, atribuindo-se esse fato à questão econômica, pois ao se aposentar, os indivíduos sofrem perdas financeiras, que podem contribuir para o abandono do tratamento<sup>(10)</sup>.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou comparar as variáveis sócio-demográficas da Unidade de Saúde da Família do bairro São José I com os resultados de pesquisas realizadas nas USFs Nova Esperança e Cidade Verde IV. Isto favoreceu maior conhecimento acerca da clientela cadastrada no Controle de Hipertensão Arterial nestes bairros levando assim ao maior aprofundamento dos conhecimentos específicos sobre a hipertensão arterial e suas complicações, através do estudo da literatura pertinente.

Percebe-se então que, quanto aos dados sócio-demográficos, os hipertensos estudados são em maioria do sexo feminino, na faixa etária dos 61 a 70 anos, pardos, vivem com companheiros e filhos, apresentam ensino fundamental incompleto e têm renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Grande parte dos resultados obtidos concordou com os estudos realizados nas USFs de Nova Esperança e Cidade Verde IV, havendo diferenças referentes ao nível de escolaridade.

As informações obtidas mostram-se de vital importância para a equipe de saúde da família por facilitarem a elaboração de estratégias de prevenção primária e secundária, no sentido de otimizar a assistência prestada aos usuários.

Considera-se também necessária, a realização de outros estudos dessa natureza em outros locais com populações diferentes para fazer uma comparação dos dados, a fim de observar as semelhanças e peculiaridades das populações estudadas.

## REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. São Paulo: BG Cultura; 1998.
4. Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004.
5. Organização Pan-americana de Saúde. Doença crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
6. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2006.
7. Oliveira ECT. Hipertensão arterial: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico [monografia]. João Pessoa (PB): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2007.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
9. Nunes TS. Portadores de hipertensão arterial: por que é tão difícil a adesão ao tratamento? [monografia]. João Pessoa (PB): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2008.
10. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletr Enferm. 2006; 8(2): 259-72.
11. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Junior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):59-65.
12. Bortolotto LA, Silva HB. Hipertensão arterial na mulher. Rev Bras Med. 2002; 59(5):359-68.

13. Santos ZMSA, Silva RM, Monteiro DA. Mulher com hipertensão e a relação com a menopausa. *Rev Rene*. 2006; 7(1):75-83.
14. Silva JLL, Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Rev Eletr Enferm*. 2004; 6(3):330-5.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. [Acesso 2008 jul 28]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>.
16. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1):62-70.
17. Sousa ERE. Vivência de hipertensos no município de Nazarezinho no que concerne ao seu tratamento [monografia]. João Pessoa (PB): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2003.
18. Pinotti S, Mantovani ME, Giacomozzi LM. Percepção sobre a hipertensão e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(4):526-34.

**RECEBIDO:** 27/11/2008

**ACEITO:** 30/09/2009

**COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA***COMMUNICATION IN NURSING: A LITERATURE REVIEW**COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*CARLA MONIQUE LOPES MOURÃO<sup>1</sup>ALINE MARA SOUZA ALBUQUERQUE<sup>2</sup>ANNA PAULA SOUSA DA SILVA<sup>3</sup>MARIZA SILVA DE OLIVEIRA<sup>4</sup>ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES<sup>5</sup>

*Pesquisa descritiva, com objetivo de averiguar o conhecimento produzido sobre comunicação na enfermagem no período de 1996 a 2006, na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Dentre os 98 trabalhos coletados, comprovou-se que 1997 foi o ano com maior número de publicação sobre a temática em questão, com 16 estudos, sendo a Revista Latino-Americana a fonte que mais ofereceu resultados, com 27 trabalhos, seguida de dissertações, com 17 trabalhos. Em relação à abordagem do tema, verificou-se 31 trabalhos com “comunicação enfermeiro-paciente” e 16 trabalhos com “comunicação em enfermagem na sala de aula”. Conclui-se que a produção de maior conhecimento sobre comunicação pode contribuir para as ações de enfermagem.*

**DESCRITORES:** Comunicação; Enfermagem; Comunicação em Saúde; Relações enfermeiro-paciente.

*This is a descriptive research which aims to analyze knowledge produced on communication in the nursing area from 1996 to 2006, in the Latin-American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) database. Among the 98 works collected it was verified that 1997 had the largest publication on the subject, with 16 studies. The source that provided more results was the Latin American Journal with 27 works, followed by dissertations, with 17 works. Regarding the topic of study, it was verified 31 works with “nurse-patient communication” and 16 works with “communication in nursing in the classroom”. We thus concluded that a bigger production of knowledge on communication can effectively contribute to the nursing actions.*

**DESCRIPTORS:** Communication; Nursing; Communication in Health; Nursing-patient relations.

*Investigación descriptiva, con el objetivo de investigar los conocimientos producidos en la comunicación en enfermería en el período 1996 a 2006, en la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (LILACS). Entre los 98 trabajos colectados, se comprobó que en 1997 hubo mayores números de artículos publicados con el tema, con 16 estudios, la Revista Latino-americana fue la fuente con más resultados de trabajo sobre el tema, con 27, seguido de disertaciones con 17. En cuanto al tema de estudio que abarca la comunicación, se verificó los temas relacionados: “la comunicación enfermera-paciente”, con 31 trabajo y “comunicación en enfermería en el aula”, con 16 documentos. Se concluye que la producción de mayor conocimiento sobre comunicación puede contribuir de manera eficaz para las acciones de enfermería.*

**DESCRIPTORES:** Comunicación; Enfermería; Comunicación en Salud; Relaciones enfermero-paciente.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC/Brasil). Bolsista FUNCAP/Brasil. E-mail: monique.enf@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela UFC/Brasil. E-mail: aline\_enf@hotmail.com

<sup>3,4</sup> Enfermeiras. Doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC/Brasil. Bolsistas FUNCAP/Brasil. E-mails: annapaula\_ufc@yahoo.com.br; marizaenfa@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UFC/Brasil. Rua Lauro Maia, 950 – Apto 402 – Fátima. CEP:60055-210 – Fortaleza-CE/Brasil. E-mail: afcana@ufc.br

## INTRODUÇÃO

A comunicação é importante para o crescimento humano, faz parte de experiências anteriores e também daquelas adquiridas no dia a dia. Homens e mulheres são seres de relações e esta compreensão incentiva a busca de maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridas no processo comunicativo<sup>(1)</sup>. Neste processo, ocorre a emissão, recepção e compreensão das mensagens, que podem ser verbais (linguagem escrita e falada) e não-verbais (gestos e símbolos gráficos). A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente<sup>(2)</sup>. O ser humano utiliza-se da comunicação para fornecer informações, para persuadir, de forma a gerar mudanças de comportamento, dentro de uma troca de experiências e para ensinar e discutir os mais variados assuntos.

A comunicação verbal é realizada através de palavras expressas tanto através da linguagem escrita como da falada, devendo ser clara, a fim de que o outro compreenda a mensagem transmitida. Para que esta clareza seja atingida, o enfermeiro deve utilizar técnicas de comunicação, como: verbalizar interesse ao que está sendo proferido pelo paciente, permanecer em silêncio quando ele se expressa, não interromper os enunciados frasais produzidos pelo paciente, ouvir reflexivamente, bem como clarificar e validar as mensagens que recebe. A comunicação não-verbal ocorre quando há interação com outro sem a utilização de palavras, esta interação possui significados para o emissor e para o receptor. É realizada através de expressões faciais, de gestos, da disposição dos objetos em um ambiente, das posturas corporais. A comunicação não-verbal tem por finalidades básicas: complementar o verbal, substituí-lo, contradizê-lo ou demonstrar sentimentos<sup>(3)</sup>.

Neste sentido, entende-se a importância de o profissional atentar para os sinais não-verbais, e tentar entendê-los, já que estes complementam o que é expresso verbalmente, oferecendo subsídios para que o enfermeiro compreenda melhor o outro. Estudos demonstraram que os enfermeiros ainda não valorizam a

comunicação não-verbal do paciente, desfavorecendo assim o cuidado, uma vez que essa comunicação facilita o entendimento do que o paciente verbaliza e demonstra o que o profissional de saúde sente por ele<sup>(4)</sup>. O processo de comunicação é responsável pela formação educacional que ocorre em diferentes espaços e tempos escolares: em aulas, seminários e nos dispositivos de formação que incentivam os formadores a trabalhar juntos, em acompanhamento de atuações profissionais, moderação de grupo de análise de práticas ou reflexão comum sobre os problemas da profissão<sup>(5)</sup>.

É importante que o professor não se detenha somente a codificar sua mensagem, como comumente se faz, mas torná-la decodificável para o aluno, a preocupação do professor com a reação dos alunos é importante, pois o comunicador precisa ter a capacidade de perceber a reação do outro e ser uma pessoa sensível nas relações humanas<sup>(1)</sup>.

O ato de comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe e a pacientes atendidos nas instituições e para a transmissão de uma informação universal, além de exercer influência direta sobre os indivíduos. A comunicação é uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente. O primeiro fator que o enfermeiro julga importante para conseguir praticar a teoria da humanização é a comunicação, realizando-a adequadamente, o enfermeiro conseguirá agir de maneira humanizada<sup>(6)</sup>. A comunicação que mais interessa aos pacientes é aquela que está relacionada aos cuidados de saúde, realizada com carinho e atenção, ou seja, a um atendimento humanizado e interpessoal<sup>(7)</sup>.

Na enfermagem contemporânea, a comunicação é um processo de compreensão, compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo em que se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nela envolvidas, a curto, médio ou longo prazo. Estas afirmações evidenciam o potencial do processo comunicativo e de trocas na interação enfermeiro-usuário<sup>(8)</sup>. Nos processos comunicativos, torna-se necessário o conhecimento do contexto histórico-social e cultural das

peçoas envolvidas, cujo uso da linguagem adequada por parte do profissional, bem como a compreensão das dificuldades dos pacientes estejam presentes<sup>(9-10)</sup>. Uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta<sup>(11)</sup>.

Há, porém, falta de habilidades e conhecimentos por parte de número expressivo de profissionais de enfermagem no que se refere à interação com o paciente sem possibilidades de cura<sup>(12)</sup>.

Desse modo, dentre as áreas que requerem maior demanda de conhecimentos no cuidado do paciente sem prognóstico de cura, alguns enfermeiros apontam a comunicação como ponto nevrálgico<sup>(13)</sup>. Estudos brasileiros indicam que embora os enfermeiros que trabalham com pacientes em geral considerem a comunicação com o paciente um recurso terapêutico importante e efetivo, encontram dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, percebendo-se mal preparados neste aspecto<sup>(14-15)</sup>.

Na presente revisão da literatura, objetivou-se averiguar o conhecimento produzido sobre comunicação na enfermagem no período de 1996 a 2006.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica<sup>(16)</sup>, cujos dados foram coletados através do levantamento das produções científicas sobre comunicação em enfermagem, produzidas entre os anos de 1996 e 2006. A base utilizada para a coleta de dados foi a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e os descritores utilizados foram: comunicação e enfermagem. Para a organização das informações, contidas inicialmente nas 132 publicações científicas encontradas, foi utilizada a leitura flutuante dos resumos dos trabalhos, identificando-se o objeto, os objetivos do estudo e os resultados. Os dados foram registrados em forma de fichas de leitura, resultando em 98 artigos. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo que se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição

do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens<sup>(17)</sup>.

A Análise de Conteúdo na sua história mais recente, isto é, enquanto técnica de tratamento de dados considerada cientificamente é caudatária das metodologias quantitativas, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Enfim, é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-las<sup>(17)</sup>. Os conteúdos temáticos encontrados nos resumos dos trabalhos foram categorizados em: “comunicação enfermeiro-paciente” e “comunicação em enfermagem na sala de aula”.

## RESULTADOS

A base de dados LILACS é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. O LILACS registra a literatura técnica-científica em saúde produzida por autores latino-americanos e do Caribe e publicada a partir de 1982. Os principais objetivos desta base de dados são o controle bibliográfico e a disseminação da literatura técnica-científica latino-americana e do Caribe na área da saúde, ausente das bases de dados internacionais. O tema comunicação em enfermagem possibilitou um estudo com 98 trabalhos, tanto de língua portuguesa quanto de língua espanhola. Os trabalhos foram apresentados em forma de tabelas.

A Tabela 1 mostra que em 1997 houve uma maior produção de trabalhos sobre o tema comunicação em enfermagem com dezesseis (16) estudos. Elucida também que a Revista Latino-Americana de Enfermagem foi a fonte que mais apresentou estudos sobre a temática em questão, com 27 trabalhos durante os anos de 1996 a 2006, seguida por dissertações de mestrado, com dezessete (17). Outras revistas brasileiras se destacaram, como: a Revista Brasileira de Enfermagem, com onze (11), Cogitare Enfermagem da UFPR, com oito (8) e a Nursing SP com cinco (5).

**Tabela 1** – Distribuição dos estudos disponíveis no LILACS (1996-2006) relacionados à temática: comunicação em enfermagem, segundo a fonte e o ano de publicação. Fortaleza-CE, 2008.

Estudos	Anos											Total
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Teses	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	3
Dissertações	2	2	1	-	5	1	-	4	-	-	2	17
Revista Latino-am Enfermagem	5	8	3	-	3	1	3	-	1	2	1	27
Revista Brasileira Enfermagem	-	1	1	-	2	1	2	2	-	2	-	11
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	4
Enfermería Actual	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Revista Paulista de Enfermagem	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Revista de Enfermagem da UERJ	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Revista da Escola de Enfermagem da USP	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Org. Panamericana de la Salud	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cogitare enfermagem	-	-	3	-	1	2	-	-	1	1	-	8
Nursing SP	-	-	1	-	-	1	3	-	-	-	-	5
Acta paulista de enfermagem	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Texto e Contexto	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Mundo Saúde	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Saúde Debate	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Actual Enfermería	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Interface Comunicação, Saúde, Educação	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Notas Enfermería	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
Ciência Medicina e Saúde	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
Online Braz Journal Nursing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Total	10	16	12	3	13	8	11	8	4	7	6	98

**Tabela 2** – Distribuição dos estudos disponíveis no LILACS (1996-2006) relacionados à temática: comunicação em enfermagem segundo os tipos de abordagem e ano de publicação. Fortaleza-CE, 2008.

Tipo de abordagem	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Qualitativa A	5	4	3	3	4	4	4	2	1	2	1	33
Qualitativa B	2	8	7	-	5	3	4	2	1	3	4	39
Qualitativa C	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
Qualitativa D	2	3	2	-	3	-	2	2	1	1	-	16
Qualitativa E	1	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	5
Quantitativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Quali-Quantitativa	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
Total/ano	10	16	12	3	13	8	11	8	4	7	6	98

A-Teórico-reflexivo; B-Descritivo-exploratório; C-Fenomenológico; D-Teoria fundamentada em dados; E-Estudo de caso

As pesquisas qualitativas foram em número superiores aos outros tipos de pesquisa, com 95 trabalhos, já a pesquisa quantitativa apresentou apenas um trabalho e a pesquisa do tipo qualitativo-quantitativa dois estudos durante os anos pesquisados.

Dos 98 trabalhos estudados, 39 apresentam abordagem qualitativa com método descritivo-exploratório e 33 trabalhos, com método teórico-reflexivo.

**Tabela 3** – Distribuição dos estudos disponíveis no LILACS (1996-2006) relacionados à temática: comunicação em enfermagem segundo os métodos de coleta de dados. Fortaleza-CE, 2008.

Técnicas de coletas de dados	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Entrevista	1	6	1	2	4	1	4	4	2	3	1	29
História de Vida	2	1	-	1	2	-	-	2	-	-	1	8
Questionários	-	-	3	-	2	1	-	-	-	1	1	8
Escalas	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Observação	4	5	5	-	3	2	4	2	-	2	1	28
Documento	1	1	1	1	-	1	1	-	1	-	-	7
Não descreve	3	3	2	-	1	3	1	-	1	1	2	17

Dentre as técnicas de coleta de dados, a mais utilizada foi a entrevista, presentes em 29 estudos. Outra técnica de coleta de dados também bastante utilizada foi a observação, em 28 pesquisas.

**Tabela 4** – Distribuição dos estudos disponíveis no LILACS (1996-2006) relacionados à temática: comunicação em enfermagem segundo o tema do estudo. Fortaleza-CE, 2008.

Temática	Nº. de resumos
Investigação/pesquisa em enfermagem	2
Problemas de comunicação	3
Comunicação enfermeiro-paciente	31
Comunicação e consultas de enfermagem	6
Comunicação e saúde mental	4
Comunicação em enfermagem em sala de aula	16
Relações profissionais	8
Registros de enfermagem	6
Cuidados pré-operatórios	4
Comunicação não-verbal	7
Enfermagem e saúde comunitária	3
Comunicação profissional e família	5
Outros	3
Total	98

## DISCUSSÃO

A temática comunicação em enfermagem permitiu um estudo com 98 trabalhos. As pesquisas qualitativas foram em números superiores aos outros tipos de pesquisa, presentes em 95 trabalhos. As pesquisas que utilizam o método qualitativo trabalham com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Não tem qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Em vez da medição, o objetivo é a obtenção de um entendimento aprofundado e, se necessário, subjetivo do objeto de estudo, sem preocupar-se com medidas numéricas e análises estatísticas<sup>(18)</sup>.

Dos trabalhos qualitativos, 39 apresentaram como tipo de estudo o descritivo-exploratório. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis<sup>(16)</sup>.

Como técnica de coleta de dados, a mais encontrada foi a entrevista, que é o procedimento de avaliação mais utilizado pela ótima relação custo-benefício na identificação de problemas emocionais e comportamentais. Além

disso, a entrevista com o informante permite a exploração do contexto em diferentes períodos do desenvolvimento e das diferentes manifestações do comportamento-problema<sup>(19)</sup>.

## A comunicação enfermeiro-paciente

A temática mais abordada foi a comunicação enfermeiro-paciente. Com isso, nota-se a preocupação dessa fundamental ferramenta para o exercício da profissão, sendo estudada em 31 trabalhos, nos anos de 1996 a 2006. Conhecendo a importância da comunicação terapêutica e suas influências no restabelecimento da saúde dos pacientes, deve-se avaliar se esta ocorre, de modo que se considere relevante a realização de uma reflexão sobre as interfaces desse cuidado ao cliente hospitalizado, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação. Assim, os resultados da pesquisa devem ser utilizados para promover maior reflexão dos enfermeiros em relação ao relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, à comunicação terapêutica.

A comunicação pode ser compreendida como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica<sup>(20)</sup>. Para tanto, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente. Para que esta possa fluir de maneira eficaz, a enfermeira deve escutar, falar quando necessário, oferecer abertura para realização de perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades.

A enfermeira, a partir da comunicação desenvolvida com o paciente, identifica suas necessidades, informa sobre procedimentos ou situações que ele deseja saber, desenvolve o relacionamento do paciente com outros pacientes, com a equipe multiprofissional ou com familiares, promove educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos, entre outros<sup>(21)</sup>. Essas são algumas das funções da comunicação, em que a enfermeira pode estar envolvida, podendo o paciente ser também sujeito ativo dessas ações.

## A comunicação em enfermagem na sala de aula

Destaca-se nos trabalhos estudados sobre o tema a comunicação em enfermagem em sala de aula, com 16 trabalhos. Escolheu-se esse título como categoria temática por considerar que os alunos de enfermagem devem aprender a se comunicar em sala de aula para no futuro ser um profissional competente<sup>(20)</sup>. A comunicação é mais acessível e efetiva quando o professor conhece os alunos e, portanto, os repertórios comunicativos, objetivos, experiências e signos, estando e demonstrando interesse em modificar e ampliar esses repertórios. Da boa comunicação dependem não só a aprendizagem, mas também o respeito mútuo, a cooperação e a criatividade<sup>(22)</sup>.

O aluno deve aprender o significado da comunicação para levá-lo à prática, deve mostrar interesse pelo outro e contribuir para que a mensagem seja transmitida com mais clareza e compreensão entre os envolvidos no processo comunicativo, já que a comunicação é competente quando compreendida como um processo interpessoal. Um processo interpessoal que permeia todas as ações do aluno e do futuro enfermeiro, além de propiciar ou não o bem-estar do paciente, é uma capacidade que pode ser adquirida.

Assim, urge-se que as instituições formadoras invistam na capacitação de seus alunos em habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. Para quem trabalha com seres humanos na atenção básica e secundária, em situações de doença e reabilitação, torna-se necessário aprender não apenas a realizar técnicas assistenciais ou a operar aparelhos que realizam intervenções diagnósticas ou terapêuticas<sup>(23)</sup>. É preciso saber quando e o que falar, como possibilitar posturas de compreensão, aceitação e afeto, como calar e escutar, como estar próximo e mais acessível às necessidades destas pessoas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se, neste estudo, que o relacionamento interpessoal e a comunicação não foram efetivos como deveriam, porém não se pode afirmar que não existam, em razão de sua importância para o processo de enfermagem. Assim, precisa-se trabalhar e desenvolver estratégias de

relacionamento interpessoal e com isso efetivar a comunicação entre enfermeiro e paciente, pois o processo de comunicação terapêutica deve ser priorizado como atividade de enfermagem relevante e essencial.

A priorização da comunicação requer do profissional uma mudança de foco e atitude: do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para, então, planejar ações. Nesta perspectiva, o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, utilizar gestos de afeto e sorriso que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos. Perceber constitui não apenas olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade. Contudo, percebe-se, ainda, na prática do enfermeiro a ausência da valorização do relacionamento pessoal e da adequação ao uso da comunicação no contexto do cuidado.

O trabalho docente não pode limitar-se ao roteiro de sala de aula, é preciso um olhar ético, político, cultural, técnico e psicológico. Ensinar é também interagir, aproximar e fazer dialogar dois universos diferentes. O aluno deseja aprender, progredir e obter benefícios. O educador informa, orienta, estimula a pensar. Ambos interagem com o objetivo de adquirir e construir conhecimento. Toda interação que consiga promover crescimento mútuo é uma verdadeira conquista. Exige esforços, interesse, consciência, motivação, vontade e persistência de ambos os lados. Logo, espera-se que esta pesquisa possa despertar o interesse para futuras investigações que envolvam a comunicação.

## REFERÊNCIAS

1. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4):410-14.
2. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1993.
3. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 2006.
4. Souza RCG, Pinto AM, Silva MJP. A percepção dos alunos de 2º e 3º anos de graduação em enfermagem so-

- bre a comunicação não-verbal dos pacientes. In: Carvalho EC, organizador. Comunicação em enfermagem. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007. p. 43-8.
5. Oliveira MMC, Cardoso, MVLML. Cuidado de enfermagem na unidade neonatal: refletindo sobre o ensino-aprendizagem. *Rev Rene*. 2007; 8(3):52-60.
  6. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(5):546-51.
  7. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4):499-503.
  8. Jesus MCP, Cunha, MHF. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2008; 6(1):15-25.
  9. Dias MAS, Vieira NFC. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):71-7.
  10. Roehrs H, Maftum MA, Stefanelli MC. A comunicação terapêutica sustentando a relação interpessoal entre adolescente e professor do ensino fundamental. *Online Braz J Nurs*. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 out 22]; 6(3): [cerca de 13p]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1053/230>
  11. Silva EBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):272-6.
  12. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):668-74
  13. Mccaughan E, Parahoo K. Medical and surgical nurses perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *J Clin Nurs* [periódico na Internet]. 2000 [citado 2008 nov 11]; 9(3): [cerca de 8p]. Disponível em: [http://pt.wkhealth.com/pt/re/jcnu/abstract.00019038-200005000-00015.htm;jsessionid=KxnGrCyyfBnr9Z4](http://pt.wkhealth.com/pt/re/jcnu/abstract.00019038-200005000-00015.htm;jsessionid=KxnGrCyyfBnr9Z4Xflzp6jmLFh3LLT1p120vh96lhWTh76pxNvh!1032775582!181195628!8091!-1)
  14. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. *J Clin Nurs*. [periódico na Internet]. 2006 [citado 2008 nov 16]; 13(2): [cerca de 6p]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118794484/abstract>
  15. Araújo MMT, Silva MJP, Francisco MCPB. The nurse and the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *Int Nurs Rev*. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 nov 16]; 51(3): [cerca de 11p]. Disponível em: <http://pt.wkhealth.com/pt/re/inrr/abstract.00004396-200409000-00012.htm;jsessionid=JmrGGJxnbLykQxcdhyBvxyk30hsQC9Rh3PhYC6sKWsWZpJXnlvSw!1945311642!181195628!8091!-1>.
  16. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas; 2006.
  17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
  18. Haddad N. Metodologia e estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca; 2006.
  19. Stefanelli MC. Comunicação em enfermagem: teoria, ensino e pesquisa [tese de Livre-Docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1990.
  20. Kemmer LF, Silva MJP. Nurses visibility according to the perceptions of the communication professionals. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(2):191-8.
  21. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3):312-8.
  22. Bodernave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. Petrópolis: Vozes; 1995.
  23. Castro RKE, Silva MJP. Influências do comportamento comunicativo não-verbal do docente em sala de aula – visão dos docentes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(4):381-9.

RECEBIDO: 02/12/2008

ACEITO: 01/09/2009

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*HEALTH EDUCATION FOR TYPE 2 DIABETES MELLITUS CARRIERS: BIBLIOGRAPHICAL REVIEW*

*EDUCACIÓN EN SALUD PARA PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*

ANA ROBERTA VILAROUCA DA SILVA<sup>1</sup>

SUYANNE FREIRE DE MACÊDO<sup>2</sup>

NEIVA FRANCENELY CUNHA VIEIRA<sup>3</sup>

PATRICIA NEYVA DA COSTA PINHEIRO<sup>4</sup>

MARTA MARIA COELHO DAMASCENO<sup>5</sup>

*Educação em saúde possibilita capacitação e ações transformadoras que favorecem mudança de pensamentos e ações, se aplicando bem às doenças crônicas, dentre as quais, destaca-se o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Assim, objetivou-se identificar as estratégias de educação em saúde voltadas aos portadores de DM2 contidas em artigos disponíveis nos bancos de dados MEDLINE, LILACS, BDNF e SciELO, no período de 1997 a 2007. Utilizaram-se os descritores “educação em saúde” e “diabetes mellitus tipo 2”, sendo selecionados artigos disponíveis na íntegra. Os dados foram sintetizados em formulário e analisados segundo literatura específica. As estratégias realizadas foram: Educação interativa, intervenção educativa comunitária, jogos em grupos operativos, seminários educativos, acompanhamento periódico dos parâmetros clínicos e bioquímicos, visitas domiciliares, conferências educativas, atividades práticas sobre alimentação e exercício físico, exames oftálmicos, relato de casos e colônia educativa. Enfocou-se aquisição de conhecimento e autocuidado. Sugere-se realização de estudos longitudinais embasados na concepção positiva de saúde.*

**DESCRITORES:** Educação em saúde; Promoção da saúde; Estratégias; Diabetes mellitus tipo 2.

*Health education enables empowerment and transforming actions which favor the change of thoughts and individuals' actions, being well applied to chronic diseases, among which, type 2 diabetes mellitus (DM) is highlighted. Thus, the aim of this research was to identify the strategies of health education directed to type 2 DM carriers kept in articles available in the MEDLINE, LILACS, BDNF and SciELO from 1997 to 2007. The keywords “health education” and “type 2 diabetes” were used through the selection articles which were available in full. The data were synthesized in forms and analyzed according to specific literature. The strategies carried through were: interactive education, community education intervention, and educational games in operative groups; educational seminars, periodical accompaniment of the clinical and biochemist parameters; educational domiciliary visits, conferences, practical activities on feeding and physical exercise, eye tests, case study and educative colony. It was focused the acquisition of knowledge and self-care. It is suggested the conduction of longitudinal studies based on the concept of positive health.*

**DESCRIPTORS:** Health education; Health promotion; Strategies; Diabetes mellitus, type 2.

*La educación en salud posibilita capacitación y acciones transformadoras que favorecen el cambio de pensamientos y acciones, bien aprovechado en las enfermedades crónicas, entre las cuales se destaca la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Así, el objetivo fue identificar las estrategias de educación en salud con énfasis en los portadores de DM2 implícitas en artículos disponibles en los bancos de datos MEDLINE, LILACS, BDNF y SciELO, en el período de 1997 a 2007. Se utilizaron los descriptores “educación en salud” y “diabetes mellitus tipo 2”, siendo seleccionados artículos disponibles por completo. Los datos fueron sintetizados en planilla y analizados según la literatura específica. Las estrategias utilizadas fueron: Educación interactiva, intervención educativa comunitaria, juegos en grupos operativos, seminarios educativos, acompañamiento periódico de los parámetros clínicos y bioquímicos, visitas domiciliarias, conferencias educativas, actividades prácticas sobre alimentación y ejercicio físico, exámenes médicos oftálmicos, relato de casos y colonia educativa. Se enfocó la adquisición de conocimiento y auto-cuidado. Se sugiere la realización de estudios longitudinales apoyados en la concepción positiva de la salud.*

**DESCRIPTORES:** Educación en salud; Promoción de la salud; Estrategias; Diabetes mellitus tipo 2.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Endereço: Rua D, 610. Jardim Primavera. Parque Dois Irmãos. CEP: 60743245. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: robertavilarouca@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem/UFC. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Paraipaba. e-mail: suyannefreire@hotmail.com, endereço: Av. Carapinina, 1821, apto 203, bloco A. Benfica. CEP: 60015290. Fortaleza-CE. Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e-mail: nvieira@ufc.br, endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430160. Fortaleza-CE. Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e-mail: neyva@ufc.br, endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430160. Fortaleza-CE. Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e-mail: martadamasceno@terra.com.br, endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430160. Fortaleza-CE. Brasil.

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 60, difundiu-se em todo o mundo a busca pela mudança de paradigma nos serviços de saúde. Percebeu-se, pois, que o modelo biomédico além de ser muito oneroso para o Estado, não apresentava resultados satisfatórios. Assim sendo, desde o Relatório Lalonde e a Conferência de Alma-Ata vêm-se orientando as instituições e os governantes sobre a importância do modelo de promoção da saúde (PS).

Esse modelo prima pela capacitação da comunidade para a melhoria de sua qualidade de vida através de ações dentre as quais se destacam as de educação em saúde. Sabe-se que os processos educativos em saúde influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo e os ambientes social e físico. A educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular. Realizar educação em saúde é, pois, capacitar as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares através do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais sadia<sup>(1)</sup>.

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário particularmente no que se refere às doenças crônicas. Tais enfermidades, por sua alta prevalência e morbimortalidade, têm despontado como problema de saúde pública digno de políticas voltadas para a elaboração de programas educativos, os quais contemplem as reais necessidades dos indivíduos afetados, bem como, dos familiares e profissionais envolvidos<sup>(2)</sup>.

Entre as enfermidades crônicas degenerativas com maior incidência destaca-se o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que afetava cerca de 5 milhões de brasileiros em 2000. Estima-se que em 2025 existirão 11 milhões expostos a complicações como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, cegueira, amputações de pernas e pés, abortos, mortes perinatais e insuficiência renal crônica<sup>(3)</sup>.

O conhecimento do DM2 como uma enfermidade crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo

tem motivado a busca de enfoques e metodologias que favoreçam uma visão real do problema principalmente no que diz respeito aos conhecimentos, às percepções, às atitudes, aos temores e às práticas do paciente no contexto familiar e comunitário<sup>(4)</sup>.

Diante disso, buscou-se conhecer estratégias voltadas à educação do portador de DM2 com o intuito de contribuir para o avanço no entendimento acerca da promoção da saúde e da problemática em que o mesmo está inserido. Esse estudo é, pois, uma tentativa de contribuir para a ampliação do conhecimento e excelência das ações desenvolvidas na saúde e nos mais diversos setores da sociedade. Com esteio nestas discussões, elaborou-se este estudo, com o objetivo de identificar as estratégias de educação em saúde voltadas aos portadores de DM2 descritas em artigos científicos publicados entre 1997 e 2007.

## METODOLOGIA

Para atender ao objetivo proposto, foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo e documental, mediante levantamento bibliográfico dos artigos disponíveis nos bancos de dados LILACS, MEDLINE, BDNF e SciELO no período de 1997 a 2007, produzidos no Brasil e no exterior. Para tanto, usaram-se como descritores os termos educação em saúde e diabetes mellitus tipo 2, sendo selecionados os artigos originais, que estavam disponíveis na íntegra.

A coleta de dados ocorreu em junho/2007, quando foram obtidos, através dos descritores, vários artigos, os quais foram lidos e criticamente analisados. Em seguida, selecionaram-se aqueles que implementaram e avaliaram estratégia de educação em saúde. Ao final, restaram sete artigos os quais foram sintetizados em formulário informações como: ano de publicação, tipo e abordagem do estudo, profissionais envolvidos e estratégias de educação em saúde realizadas.

Analisaram-se, ainda, as concepções de sujeito utilizadas e se as ações implementadas contemplavam promoção da autonomia dos indivíduos. Os resultados foram quantificados e analisados de acordo com a literatura específica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A educação em saúde é um tema que há bastante tempo vem sendo discutido, porém existem poucos estudos envolvendo estratégias de educação em saúde com portadores de diabetes. Essa patologia crônica, cujo diagnóstico muitas vezes não é realizado devido à ausência de sintomas, exige uma atenção maior por parte dos governantes, profissionais de saúde, comunidade e demais setores da sociedade diante da sua alta prevalência e morbimortalidade, bem como, do novo contexto atual de saúde o qual exige uma atenção mais integral que dê ênfase à promoção da saúde, não só no que diz respeito aos fatores de risco, mas a todos os determinantes da qualidade de vida das pessoas.

Dessa forma, entende-se que a educação em saúde é uma peça fundamental nesse processo. Pode-se perceber, entretanto, que são poucos os trabalhos que têm como objetivo divulgar experiências, práticas ou pesquisas voltadas para a educação do portador de DM2. Tal afirmação se justifica perante a limitação de estudos encontrados na revisão bibliográfica realizada como mostra a tabela a seguir.

**Tabela 1** – Distribuição por ano de publicação dos estudos sobre estratégias de educação em saúde a portadores de DM2 no período de 1997 a 2007. Fortaleza-CE, 2007.

Abordagem do estudo	Ano					
	1997	2001	2002	2003	2004	2006
Quase – experimental	-	1	-	-	-	1
Experimental	-	1	1	1	-	-
Descritivo-exploratório	1	-	-	-	1	-

No período de 1997 a 2007 poucos trabalhos foram encontrados, sendo em média um por ano, exceto em 2001 quando foram publicados dois estudos e em 2007 quando, até o período pesquisado, nada tinha sido publicado. A educação em saúde tem se mostrado muito eficiente no auxílio para prevenção e no tratamento de doenças crônicas, através da conscientização dos indivíduos e mudança de hábitos.

É reconhecida pelo seu potencial para a redução de custos junto a diversos contextos da assistência, por favorecer a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à saúde<sup>(5,6)</sup>. Em relação ao diabetes mellitus existe um consenso da importância da educação em saúde visando

alcançar um controle metabólico e prevenir as complicações tardias<sup>(7)</sup>.

Os estudos experimentais prevaleceram entre os artigos, e tinham como objetivo avaliar, principalmente, a aquisição de conhecimento por parte dos sujeitos envolvidos nas pesquisas, sejam os profissionais de saúde, sejam os portadores de DM2. Essa avaliação foi realizada através da aplicação de questionários e/ou aferição de medidas clínicas e bioquímicas como dados antropométricos, medição da hemoglobina glicada, dentre outros.

Todos os pesquisadores realizaram ações de intervenção, como educação participativa ou educação tradicional, através da formação de grupos e discussão de assuntos relacionados ao diabetes mellitus tipo 2, com foco na comunicação e educação interativa.

O desenvolvimento de atividades de educação em saúde realizadas por enfermeiros tem papel fundamental no processo de cuidado<sup>(8)</sup>. Porém, a presença de equipe multidisciplinar é um ponto importante para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, pois a interação interdisciplinar mobilizará a produção de novos conhecimentos<sup>(9)</sup>.

Esse processo leva em conta a concepção integradora da promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa<sup>(1)</sup>, onde todos devem atuar na integralidade que envolve a saúde. Os profissionais devem, pois, atuar como agente facilitador e mobilizador nas ações de educação em saúde<sup>(10,11)</sup>, devem ter boa capacidade de comunicação, de escuta, de compreensão e negociação<sup>(12)</sup>. Os conhecimentos construídos com a ajuda da troca de experiências e de saberes, entre profissionais e pacientes são resultados fundamentais de práticas educativas<sup>(13,14)</sup>.

O quadro a seguir tem como objetivo mostrar as estratégias de educação em saúde usadas nos textos analisados.

**Quadro 1** – Distribuição das estratégias de educação em saúde a portadores de DM2 no período de 1997 a 2007. Fortaleza-CE, 2007.

Artigos Estratégias de educação em saúde utilizadas	
01	Educação interativa
02	Intervenção educativa comunitária
03	Jogos em grupos operativos
04	Seminários educativos e acompanhamento periódico dos parâmetros clínicos e bioquímicos.
05	Visitas domiciliares, conferências educativas, atividades práticas sobre alimentação e exercício físico e realização de exames oftálmicos.
06	Relato de casos, teoria das representações sociais.
07	Colônia educativa

No texto 1 a educação em saúde é reconhecida como um processo de responsabilidade dos serviços de saúde, das instituições sociais e da população para a qual se dirige. Orienta que se faz necessário levar em consideração a opinião da população sobre suas necessidades reais e as sentidas, as quais são distintas das percebidas pelos profissionais de saúde. Ressalta, também, que há de se conhecer e respeitar os valores, tradições e estereótipos, bem como, fomentar a responsabilidade individual e comunitária por meio de métodos participativos de educação. As intervenções educativas levaram à melhora dos índices de massa corpórea dos pacientes com diabetes<sup>(15)</sup>.

O texto 2 considera que a educação em saúde deve informar, motivar e fortalecer os sentimentos dos doentes e de seus familiares com vistas à controlar, prevenir, ou retardar as complicações do DM2. Enfoca a necessidade da participação dos pacientes, familiares e profissionais no processo educativo, o qual deve ser adaptado às condições locais e as necessidades reconhecidas por essas pessoas<sup>(7)</sup>.

O texto 3, o qual foi desenvolvido por assistente social e nutricionista, vê o sujeito como um ser ativo que, ao interagir com o meio, constrói seu ritmo de vida e é simultaneamente estimulado por este a reconstruir seu próprio estilo de vida. Refere que para uma educação em saúde de qualidade se faz necessária uma linguagem compreensível, simples e contextualizada com a realidade da população, pois o entendimento por parte dos indivíduos favorece o desenvolvimento de habilidades. Estas são fundamentais para a participação da comunidade em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização dos programas de saúde<sup>(16)</sup>.

No texto 4 a educação em saúde é colocada como ferramenta fundamental para otimizar o controle metabólico do diabetes e prevenir o surgimento e a progressão das complicações agudas e crônicas. Diante disso os autores (endocrinologistas) situaram suas estratégias em torno de seminários educativos e acompanhamento periódico dos parâmetros clínicos e bioquímicos. A educação, nesse sentido, deve facilitar a compreensão da terapêutica, superando barreiras impostas por crenças de saúde, motivando e capacitando as pessoas para assumir com destreza os cuidados diários. Os sujeitos são vistos, pois, como pas-

sivos e objetos de capacitação para uma prática de saúde determinada pelos profissionais<sup>(17)</sup>.

No texto 5 os nutricionistas utilizaram uma metodologia de intervenção educativa comunitária com enfoque nos seguintes contextos: visitas domiciliares, conferências educativas, atividades práticas sobre alimentação, exercício físico e realização de exames oftálmicos, com o objetivo de adaptar as condições locais de acordo com as necessidades sentidas pelas pessoas<sup>(18)</sup>.

No texto 6 usou-se uma entrevista semi-estruturada sobre alimentação do diabético, com natureza qualitativa. Através dos depoimentos pode-se evidenciar que a alimentação não é um fenômeno exclusivamente biológico, mas sofre a influência de aspectos sociais, culturais e emocionais. Os participantes puderam ser ouvidos e expor seus sentimentos<sup>(4)</sup>.

No texto 7 as ações de educação em saúde basearam-se em colônias educativas, onde permite se aliar lazer e cultura, proporcionando ao diabético aquisição de conhecimentos, monitorização domiciliar e melhor aceitação da doença, através do trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional<sup>(19)</sup>.

Dentre todos os textos encontrados esse foi o único que teve a participação de equipe multiprofissional constituída por médicos especializados, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, professores de educação física, psicólogas e monitores (acadêmicos de medicina), que atuam no controle clínico e psicológico dos participantes durante todo o evento.

A literatura tem valorizado o papel da enfermeira na educação em saúde, ressaltando que a sua formação proporciona os conhecimentos e as habilidades necessárias que lhe permite atuar nessa área<sup>(7,20)</sup>. Teoristas de enfermagem, em particular Orem, ressaltam o potencial das enfermeiras para auxiliar na aprendizagem do indivíduo, visando à promoção de seu autocuidado<sup>(21)</sup>.

Uma educação em saúde ampliada, com propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na 'promoção do homem', inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos.

A educação em saúde ligada à cidadania e a mudança de comportamento é uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as alterações de comportamento desejadas em relação à saúde, tratando o público alvo como objeto de transformação. O educador e o educando tornam-se sujeitos onde ambos vão aprender com as experiências do outro, tornando o processo natural e capaz de promover mudanças<sup>(22)</sup>.

Em relação às estratégias de educação em saúde utilizadas pelos autores estudados, se pode perceber que a maioria dos estudos usou o enfoque ampliado da saúde, com a prática efetiva de educação em saúde. A saúde é um direito social, com participação livre e igual de todos envolvidos, isto é, o exercício de sua autonomia<sup>(23)</sup>.

Houve a participação dos envolvidos na construção e desenvolvimento da educação em saúde. Cabe ressaltar que a valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo do conhecimento e de práticas da saúde coletiva, deve haver a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos, tanto os trabalhadores como os usuários<sup>(24)</sup>. Senso assim, a realização de encontros educativos possibilita modificações significativas no estilo de vida, que poderão resultar na promoção da saúde e do bem-estar<sup>(25)</sup>.

## CONCLUSÃO

Através dessa análise pode-se observar que se faz necessária uma maior contemplação dos aspectos da promoção da saúde, principalmente no que diz respeito às ações de educação em saúde, pois a maioria das ações desenvolvidas situa-se ainda em torno de um enfoque reducionista, tecnicista e biomédico.

Pode-se perceber que, freqüentemente, as orientações são voltadas à redução dos fatores de risco ou à diminuição desses, em detrimento ao enfoque na visão positiva da saúde, tais como a educação em saúde permanente abrangendo todas as áreas que circunscrevem o indivíduo, ou seja, que vão além do setor saúde.

Essas ações, entretanto, não devem focalizar somente o sujeito, ou o desenvolvimento de suas habilidades pessoais. É necessária a intervenção sobre o ambiente no sentido de viabilizar modificação de estruturas que possam

comprometer a adoção de hábitos saudáveis, aliando-se dessa forma a combinação de autonomia pessoal e responsabilidade social. Assim, a educação em saúde para portadores de diabetes se mostra eficaz para um melhor prognóstico e deve ser encorajada entre grupos.

Novos estudos devem ser realizados a fim de se identificar a melhor forma de se educar, utilizando tendências já consolidadas como a de autonomia do sujeito e novas tendências.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde; 1998. p. 11-8.
2. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, Ministério da Saúde; 2001.
3. International Diabetes Federation. Complicações do diabetes e educação. *Diabetes Clin.* 2002; 6(3):217-20.
4. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(2):310-7.
5. Chaves ES, Lúcio IML, Araújo T.L, Damasceno MMC. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4):543-7.
6. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):335-42.
7. Miyar LO. Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 em la comunidad. *Rev Latino-am Enferm.* 2003; 11(6):713-9.
8. Silva JLA, Lopes MJM. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006; 27(2):240-50.
9. Leff E. Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexibilidade, poder. Petrópolis: Vozes; 2001.
10. Stotz EM, Valla VV. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: Stotz EM,

- Valla VV. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis: Vozes; 1994.
11. Valla VV. Saúde e Educação. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
  12. Comité de Educación, DOTA. Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América. *Rev Panam Salud Publica*. 2001; 10 (5):349-53.
  13. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
  14. Torres HC, Hortale VA, Shall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(4):1039-47.
  15. Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez G, Veja-López MG, Arias-Merino ED. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1):275-81.
  16. Pérez RS, González RG. Resultados Cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulino-dependientes. *Rev Cubana Endocrinol*. 2001; 12 (2):82-92.
  17. González RG, Pérez RS, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud Publica*. 1997; 2(1):32-6.
  18. Aráuz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica*. 2001; 9(3):145-53.
  19. Maia FFR, Araújo LR. Projeto “Diabetes Weekend” – Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2002; 46(5):566-73.
  20. Zernike W, Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. *J Clin Nurs*. 1998; 7(6):37-44.
  21. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1985.
  22. Gazzinelle MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):200-6.
  23. Melo EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10 suppl: 167-78.
  24. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos WSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec-Fiocruz; 2006. p. 669-87.
  25. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev Rene*. 2008; 9(1):60-8.

RECEBIDO: 03/11/2008

ACEITO: 26/05/2009

## REPENSANDO AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES SOB UM OLHAR FOUCAULTIANO

### *RETHINKING THE RELATIONSHIP IN THE FAMILY ACCORDING TO FOUCAULT*

### *RECONSIDERANDO LAS RELACIONES ENTRE LA FAMILIA BAJO EL PUNTO VISTA DE FOUCAULT*

ADRIANE MARIA NETTO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>

ROSANE GONÇALVES NITSCHKE<sup>2</sup>

MARA REGINA SANTOS DA SILVA<sup>3</sup>

GIOVANA CALCAGNO GOMES<sup>4</sup>

JOSEFINE BUSANELLO<sup>5</sup>

*O presente estudo tem por objetivo refletir sobre as relações intrafamiliares, a partir das concepções de Foucault. Ao pensar essas relações é importante considerar as potencialidades e limitações de seus membros, a fim de propor intervenções que possam promover a saúde familiar. Traz considerações acerca do vínculo afetivo conjugal, das relações de poder presentes no contexto familiar e das relações intrafamiliares como possibilidades de “ser”. Conclui que uma das funções dos profissionais da saúde consiste em estimular os sujeitos a verbalizarem suas dificuldades, suas emoções, suas necessidades e descobrirem suas potencialidades, a fim de construir relações mais harmoniosas e terem uma convivência familiar mais saudável.*

**DESCRIPTORES:** Enfermagem; Saúde da família; Relações familiares.

*The aim of this study is to reflect on family relationships taking into account the ideas of Foucault. As we think about such relationships, it is important to consider the potential and limitations of its members in order to propose interventions that could promote family health. It brings considerations about the emotional bond, marital relations of power in the family context and relationships in the family as possibilities of “being”. We may conclude that one of the roles of health professionals is to encourage the subjects to verbalize their difficulties, their emotions, their needs and find out about their potential in order to build a more harmonious coexistence and have a healthier family relationship.*

**DESCRIPTORS:** Nursing; Family health; Family relations.

*El actual estudio tiene como objetivo reflexionar sobre las relaciones entre la familia, bajo el punto vista de las ideas de Foucault. Al pensar en estas relaciones es importante tener en cuenta las potencialidades y las limitaciones de sus miembros, para proponer las intervenciones que puedan promover la salud familiar. Trae consideraciones sobre el vínculo afectivo conyugal, las relaciones de poder presentes en el contexto familiar y las relaciones entre la familia como posibilidad de “SER”. Se llega a la conclusión que una de las funciones de los profesionales de la salud es alentar a los sujetos a verbalizar sus dificultades, sus emociones, sus necesidades y descubrir sus potencialidades, con el fin de construir relaciones más armoniosas y tener una convivencia familiar más sana.*

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Salud de la familia; Relaciones familiares.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Vice-Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas de Família, Enfermagem e Saúde/ GEPEFES. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS/PEN/UFSC. Endereço: Rua Dr. Bruno de Mendonça Lima, 36 – Bairro: Jardim do Sol – CEP: 96216 190 – Rio Grande/RS. Brasil. E-mail: adrianenet@vetorial.net

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Doutora em Filosofia da Enfermagem – UFSC/SORBONE. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS/PEN/UFSC e Membro do Grupo de Assistência, Estudos e Pesquisa à Família – GAPEFAM/PEN/UFSC. Brasil. E-mail: nitschke@mbox1.ufsc.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas de Família, Enfermagem e Saúde/ GEPEFES. Brasil. E-mail: marare@brturbo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente/ GEPESCA. Brasil. E-mail: acgomes@mikrus.com.br; giovanacalcagno@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do GEPESCA. E-mail: josefinebusanello@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A família, na sociedade contemporânea, deve ser compreendida como uma unidade social complexa, com diversas configurações e formas de organização. Não deve ser considerada apenas como uma idéia abstrata, pois possui seu modo de viver e interagir, o que contribui para a construção do ambiente familiar e das relações intrafamiliares<sup>(1)</sup>.

A formação da família surge da vontade das pessoas de viverem juntas e interajam constantemente, podendo envolver a necessidade de sobrevivência e proteção, bem como a própria reprodução e cuidado. Através das interações entre seus membros, cada família dá um significado próprio ao seu espaço e escreve sua história. No entanto, muitas vezes, estas relações podem gerar sofrimento.

Desta forma, torna-se importante considerar as potencialidades e limitações de seus membros, a fim de propor intervenções que possam efetivamente promover famílias mais saudáveis. Entendendo-se aqui, família saudável como aquela que se constitui em um sistema aberto, sendo, portanto, capaz de receber informações, processá-las, transformar o que não faz bem à saúde dos seus membros e, a partir dos conflitos, problemas e dificuldades, ressignificar sua história de vida e crescer. É também, aquela que tem como elemento principal a capacidade de expressar afeto, através da comunicação verbal e não verbal, promovendo a construção de vínculos afetivos entre seus membros<sup>(1)</sup>. A comunicação entre os membros da família busca a construção da auto-estima e autonomia, sem que ocorram desqualificações nesse processo.

Por isso, pode se comunicar de uma maneira livre, sem temer seus pensamentos, palavras e ações, respeitando a individualidade do outro e consegue ter sensibilidade suficiente para detectar as necessidades daqueles com os quais convive. Neste sentido, como profissionais da saúde podemos auxiliar a família a refletir acerca de suas relações e buscar formas alternativas de convivência, de aceitação das diferenças e de respeito às individualidades tornando estas relações mais harmoniosas e saudáveis.

O presente estudo tem por objetivo refletir sobre as relações intrafamiliares, a partir das concepções de Michel Foucault. No que se refere ao vínculo afetivo conjugal, ao

enfocar as relações de poder, presentes no contexto familiar, e as relações intrafamiliares construídas no cotidiano, entendidas como possibilidades de “ser”, buscamos a compreensão dessa construção, visando suscitar intervenções apropriadas<sup>(2)</sup>.

## O vínculo afetivo conjugal

A união entre duas pessoas, denominada, em algumas situações, de casamento, marca o início da formação de uma nova família que pode ser entendida como a relação e o convívio entre duas ou mais pessoas. Provavelmente, tal vínculo embasará as futuras interações intrafamiliares. Considerando esta união como responsável por essa condição, os indivíduos que integram o grupo familiar refletem em sua convivência cotidiana, os mais variados modelos de conduta. A partir dessa percepção, torna-se relevante compreender as relações entre o grupo familiar, sobretudo, a partir da constituição do “vínculo conjugal”. A arte de viver casado define uma relação dual em sua forma, universal em seu valor e específica em sua intensidade e força<sup>(3)</sup>.

O vínculo afetivo estabelecido entre o casal e a vivência da sua sexualidade são maneiras de alimentar e retroalimentar a interação dual. Além disso, outros aspectos precisam se manter presentes na vida a dois, a fim de contribuir positivamente para a interação conjugal, tais como o respeito mútuo, o diálogo, o companheirismo, a capacidade para equilibrar as diferenças e resolver os conflitos. Assim, a união entre duas pessoas, deixa de ter apenas a função de procriação e adquire uma finalidade social que inclui o companheirismo, a essência da interação conjugal, que se caracteriza por cuidados recíprocos, responsabilidade pelo fortalecimento dos vínculos afetivos, envolvendo também, a preocupação e a atenção com o outro<sup>(2)</sup>.

A relação conjugal é favorecida quando o casal consegue estabelecer um compromisso mútuo e compartilhado no que se refere às atividades cotidianas. A sinceridade no processo de interação e a liberdade que os cônjuges constroem ao longo do tempo são elementos fundamentais para reverem as situações que facilitam ou dificultam um relacionamento predominantemente harmônico, permitindo, desta forma, buscar alternativas saudáveis e de reciprocidade em sua convivência.

No entanto, podemos perceber a fragilização dos vínculos afetivos entre o casal, quando a “cumplicidade” não é construída. Essa dificuldade advém, provavelmente, das mudanças sócio-históricas, evidenciando muitas vezes, a aproximação entre os casais, mais em função da atração física e do desejo sexual, do que por vínculos afetivos estabelecidos ao longo da convivência mútua.

O sentido da existência encontrado na vida conjugal caracteriza-se pela arte de estar junto, manifestada pelo desejo de ficar o mais próximo possível. A presença compartilhada, através da convivência cotidiana não se manifesta apenas como dever, mas também, como uma meta a ser alcançada que possivelmente proporcionará o fortalecimento dos vínculos afetivos, assegurando e mantendo sentimentos positivos entre o casal e uma convivência prazerosa<sup>(3)</sup>.

Alguns fatores influenciam fortemente a separação conjugal. Entre eles, a infidelidade do companheiro e a ausência de uma participação igualitária do homem nos afazeres domésticos e no cuidado com os filhos. Tal situação pôde ser confirmada, em um estudo realizado com famílias de crianças que apresentam comportamento agressivo. Essas famílias se caracterizaram como matrifocais, ou seja, o cuidado com os filhos e com a vida doméstica estavam inteiramente sob a responsabilidade da mulher, durante o período conjugal. Além disso, foi evidenciado, também, o rompimento na relação entre o pai e os filhos, após a separação do casal<sup>(4)</sup>.

Trabalhando com famílias, observa-se, ao longo do tempo, um processo de involução e enfraquecimento dos vínculos afetivos entre os casais. Percebe-se na sociedade contemporânea, que os relacionamentos íntimos e de proximidade parecem estar embasados na casualidade, caracterizados pelo “encontro rápido”, sendo desprovidos de um conhecimento mútuo mais prolongado. Deste modo, esses relacionamentos sofrem rupturas que podem deixar marcas profundas naqueles que se encontram envolvidos nessas interações. Estas marcas, compreendidas como descompromisso e falta de afeto, geralmente, afetam as gerações mais novas, ou seja, os filhos gerando um ambiente tenso que pode provocar inúmeros problemas relacionais<sup>(4)</sup>.

Desta maneira, é preciso desenvolver um cuidado, no sentido de potencializar o vínculo conjugal, no sentido

que Foucault destaca. Ou seja, naquilo que esta interação pode comportar de relação individual, de apego, de afeto e de respeito pessoal entre os cônjuges<sup>(2)</sup>. O fortalecimento dos vínculos afetivos, durante a convivência cotidiana entre os membros que compõem a nova família, provavelmente contribui para a saúde emocional de todos os envolvidos nesta rede de interações. Vínculos afetivos que envolvem um apego seguro se evidenciam através de um convívio social saudável.

Neste trabalho, o apego seguro se refere aquele cuja regularidade das interações entre um adulto e uma criança e as situações que proporcionam sua proximidade física é que possibilitam a este ser escolher um adulto como seu preferido ou sua base segura<sup>(5)</sup>. Já, a base segura comporta a idéia, não apenas de que a criança busca proximidade com uma pessoa, para obter a segurança que precisa em situações de estresse, mas também, que procura distanciar-se deste cuidador, para ganhar espaço e explorar o mundo ao seu redor, quando se sente segura<sup>(6)</sup>, adquirindo sua autonomia e fortalecendo sua identidade.

Para que o enfermeiro adquira o conhecimento necessário para intervir adequadamente junto à família em situação de vulnerabilidade social, em função dos conflitos contínuos em sua convivência cotidiana é preciso que ele desenvolva a capacidade para reconhecer a importância do(s) outro(s) no relacionamento interpessoal e ter a disponibilidade de acolher as pessoas a quem presta cuidados.

Outro conhecimento imprescindível no cuidado prestado às famílias se refere à cultura de origem dessas pessoas, considerando-se o mínimo necessário que possibilite uma maior articulação na esfera dialógica, para que se possa agir e, também, prever o comportamento dos indivíduos em determinadas situações. Possivelmente, o conhecimento cultural predominante em determinada comunidade permite ao profissional uma melhor compreensão da vida, tanto em sua objetividade, quanto em sua subjetividade, facilitando as interações e intervenções do profissional em relação às famílias<sup>(7)</sup>.

### **As relações de poder no contexto familiar**

Outro aspecto relevante em relação à forma como os membros da família interagem, se refere ao modo como

as relações de poder acontecem no contexto familiar. Ao nos inserirmos no micro espaço da família, percebemos que, na maioria das vezes, as relações de poder fazem parte das relações intrafamiliares e sociais<sup>(8)</sup>.

Todas as relações humanas sejam quais forem, incluindo-se a comunicação verbal, as relações amorosas, institucionais ou econômicas, o poder está sempre presente. Assim, por ser estrutural, o poder também está presente na família em todos os momentos, movimentos, tempos e, sendo assim, nem sempre é percebido ou indesejável. Geralmente há uma hierarquia familiar, em que os pais são as figuras que exercem maior poder. Esses são os que têm maior autoridade, tornam-se responsáveis pelas principais decisões tomadas, detêm os recursos financeiros que subsidiam a vida do grupo e estabelecem as regras e os limites que todos devem seguir.

O poder, no interior da família, pode apresentar-se como uma relação de autoridade ou como forma de influenciar as decisões de seus membros. Mais do que pensar sobre o poder, é preciso analisar as relações de poder na família. Essas podem ser responsáveis pela formação da individualidade de cada membro, o que caracterizará sua identidade e capacitará os indivíduos a exercerem sua cidadania.

Cabe, assim, retomar e refletir sobre os significados que envolvem indivíduo e sujeito. Enquanto, na linguagem sociológica, e também no campo da saúde e da bioética, sujeito tem uma conotação de protagonismo, neste estudo está relacionado com sujeição. Ou seja, o ser pode estar sujeito a alguém, devido ao controle e a dependência. Além disto, também pode se encontrar preso à sua própria identidade, devido a sua consciência ou auto-conhecimento. Ambos os significados sugerem uma forma de poder que subjuga e torna o indivíduo sujeito a alguém ou a uma condição de vida<sup>(8)</sup>.

Assim, os indivíduos, geralmente, enfrentam três formas de luta, a fim de manterem sua autonomia. Pode ser uma luta contra as formas de dominação, envolvendo situações étnicas, sociais ou religiosas. A luta também pode ser contra as formas de exploração, fazendo com que os indivíduos tenham acesso àquilo que produzem, bem como, reivindicuem o reconhecimento das suas ações pelos outros, tornando-as significativas no mundo em que

vivem. E ainda, existe a luta do indivíduo consigo mesmo ou contra as atitudes que o submetem aos outros, ou seja, as lutas travadas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão<sup>(8)</sup>.

Na maioria das vezes, os filhos manifestam, predominantemente, comportamentos de submissão, de rebeldia ou de não sujeição ao outro. Este último nos parece adquirir um significado positivo, pois os filhos lutam contra um domínio que não aceitam, permitindo-lhes construir sua individualidade e um espaço próprio na vida familiar. Cada pessoa ocupa uma função e um lugar, o que determina a forma de organização interna de cada família. Esta condição está fortemente atrelada às normas e valores que regem as condutas da família, as diferentes atividades que seus membros realizam e os diversos indivíduos que a compõem.

Deste modo, os vários modos de agir regulamentam e efetivam o poder entre os membros de uma família e asseguram o aprendizado, a criação dos filhos e a aquisição de aptidões e comportamentos socialmente reconhecidos como adequados. Todavia, a disciplina, como uma atividade de poder, pode compreender o enclausuramento, a vigilância, a recompensa, a punição e a hierarquia piramidal<sup>(8)</sup>.

Assim, o que emerge nas relações intrafamiliares, muitas vezes, são formas de comunicação orientadas para uma disciplina rígida, em que o modo de disciplinar os filhos está associado a formas de punição que envolve a violência física e/ou psicológica e a negligência. Em outras situações, vê-se que a ausência de normas disciplinares, manifestada por uma atitude negligente dos pais em relação aos filhos, resulta em insegurança para os jovens e desorganização familiar, prejudicando a comunicação efetiva entre seus membros.

O exercício do poder, sendo um modo de ação de uns sobre os outros, quando expresso através do forçar, submeter, quebrar, destruir e do fechar todas as possibilidades que a pessoa tem de tornar-se sujeito da sua vontade, pode levar à passividade ou submissão. Ainda sob a ótica de Foucault, uma relação de poder pode ocorrer através da manifestação do “outro”, como sujeito, ou seja, aquele sobre o qual a relação de poder se exerce, podendo ser inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito

de ação, abrindo um leque de respostas, reações e efeitos possíveis, manifestando desta forma, o seu ser. As relações de poder são universais e podem ter um caráter positivo, desde que não resultem em uma relação de coerção, nem de exclusão, considerando que o poder só se exerce sobre sujeitos livres<sup>(8)</sup>.

Essas relações também ocorrem na vida intrafamiliar, quando o outro é reconhecido como protagonista da ação, possibilitando-lhe manifestar suas reações, seu modo de ser, oferecendo-lhe suporte para enfrentar e superar os problemas da vida cotidiana. Quando o poder exercido pelos membros da família estimula o crescimento do outro, estabelecem-se relações intrafamiliares saudáveis. É exatamente esse poder que é preciso estimular nas famílias que se encontram em situação de crise, de fragilidade emocional e de maior vulnerabilidade social. A relação de poder, sendo parte integrante dos relacionamentos afetivos é considerada saudável, quando não anula a identidade do outro.

### **As relações intrafamiliares como possibilidade de “ser”**

A família continua sendo de fundamental importância para o desenvolvimento humano e é a “principal fonte de saúde mental” dos seus membros. Entretanto, quando não se constitui em uma unidade de experiência, de aprendizagem e de criatividade, poderá produzir doença<sup>(9)</sup>.

O contexto familiar precisa ser capaz de satisfazer as necessidades de seus membros, incluindo o afeto, a segurança, a imposição de limites, a aprendizagem e a comunicação. Geralmente é na família que se constrói um dos aprendizados mais importantes para um desenvolvimento saudável, ou seja, a capacidade para estabelecer vínculos e aprender a se relacionar socialmente.

Não existem normas pré-estabelecidas para viver em família, muito pelo contrário, essa convivência é construída no dia a dia, através da complexidade das relações interpessoais e retroalimentada pelas situações cotidianas. Por isso, no mundo contemporâneo não é possível determinar um conceito de família, pois são muitas as formas como ela se apresenta<sup>(10)</sup>. Entretanto, entendemos que para trabalhar de modo efetivo com este grupo social, no

sentido de produzir sua saúde é preciso olhar aquela que se mostra aos profissionais de saúde, com suas potencialidades e fragilidades.

À medida que o tempo passa parece cada vez mais freqüente a dificuldade das famílias de exercerem as competências parentais, ou seja, o papel de pai e mãe. Talvez, por isso, cada vez mais, a família vem sentindo a necessidade de buscar ajuda profissional, para desempenhar a difícil tarefa de educar e interagir com a nova geração. Os pais estariam se tornando menos seguros e consistentes no relacionamento com seus filhos e mais dependentes de orientação profissional<sup>(11)</sup>. A individualização de cada membro da família recai sobre os processos internos e diferenças pessoais. A partir destes ocorre o “controle familiar”. Na atualidade, percebe-se que o mesmo encontra-se mais flexível na aplicação de regras e mais ambíguo na definição de papéis<sup>(11)</sup>.

A responsabilidade materna quanto à educação dos filhos tem contribuído para obscurecer os efeitos da injustiça social e a própria atuação do pai está sendo revista. Geralmente, o cuidado da casa e da prole estava associado somente à figura da mãe, a qual também acabava sendo responsabilizada pelos problemas de conduta da criança e/ou adolescente. Outro aspecto se refere ao modo como o pai cria seus filhos, sendo considerado desqualificado o saber deste, principalmente quando é da classe menos favorecida economicamente<sup>(11)</sup>.

Mais especificamente no século XX, a evolução da família tem sofrido profundas transformações. As mães passam menos tempo com os filhos, devido ao trabalho e estes ficam sob os cuidados de outras pessoas, sejam familiares ou outros cuidadores. Porém, o que parece ser fundamental para o desenvolvimento humano saudável é a capacidade dessas pessoas proporcionar à criança interações regulares e contínuas, que possibilitem a ela experimentar uma relação de apego seguro<sup>(12)</sup>.

Outra mudança evidente se refere ao modo de educar os filhos. A autoridade dos pais sobre os filhos deixou de ser tão valorizada, passando até mesmo a ser criticada. A afetividade antes contida passou a ser livremente expressa. As individualidades de cada membro da família e as suas características peculiares parecem ser mais valorizadas, mesmo que isto, por outro lado,

possa também trazer outros problemas de convivência social.

A consistência quase absoluta de regras e normas foi gradativamente caminhando para a ausência de constância no que é permitido e no que é dito, tanto no interior da família, quanto na sociedade. A comunicação não permitida anteriormente, abre-se totalmente e possibilita a expressão verbal<sup>(12)</sup>.

Mais especificamente, a partir da década de 90<sup>(11)</sup>, a criança passou a ser considerada um indivíduo com direitos, sendo também um protagonista, podendo se manifestar e expressar o que sente e o que pensa, inclusive, sendo-lhe permitido argumentar com os adultos. Esses, por sua vez, no âmbito familiar passam a ter uma relação de igualdade com os filhos, sacudindo o *status quo*, ao mesmo tempo, em que há um sinal de alerta de que os pais e demais cuidadores devem manter uma certa autoridade nessa relação.

O novo modo de ser, provavelmente, possibilita que as crianças cresçam mais independentes e autônomas, mas permanece a dúvida sobre até que ponto, os jovens têm a maturidade emocional necessária para manejar com essa nova liberdade ou, até mesmo, excesso de liberdade, proporcionada pelos seus pais e demais cuidadores.

Ao participarmos da diversidade e complexidade das relações intrafamiliares, consideramos que há uma maior abertura para a transformação. Parece que a essência das relações intrafamiliares está em que cada um, na família, seja livre para escolher um modo próprio de ser<sup>(12)</sup>. Sob esta perspectiva, as relações, os saberes, os poderes e os modos de ser nunca estão dados, mas sempre terão que ser construídos e serão históricos e transformáveis<sup>(2)</sup>.

As relações intrafamiliares, principalmente para aqueles que estão em desenvolvimento, precisam estar permeadas pelos valores éticos. Esses valores são construídos ou não, ao longo das gerações e adequados ou transformados de acordo com cada momento histórico vivenciado pela família. No entanto, são essenciais para que o indivíduo aprenda a respeitar a si próprio e aos outros. Percebe-se que, no mundo contemporâneo, a família tem encontrado dificuldades para construir e transmitir tais valores, deixando, muitas vezes, suas crianças e adolescentes

desprovidos de uma sensibilidade capaz de facilitar e enriquecer as interações sociais.

A construção das relações nunca está dada, sempre precisará ser buscada<sup>(2)</sup>. Por isso, é possível afirmar que existem inúmeras possibilidades para os profissionais que trabalham com a família pensarem, a fim de ajudarem esse grupo social a construir relações mais saudáveis com as diferentes gerações. Provavelmente, estas relações terão primeiramente que ser desconstruídas, quando consideradas como difíceis e desorganizadas, para posteriormente, serem reconstruídas, a partir das necessidades vivenciadas, em cada momento do ciclo vital da família.

Na perspectiva foucaultiana, para nos vermos temos que olhar para dentro dos olhos do outro<sup>(12)</sup>. Assim, não podemos mudar nosso modo de ser, sem mudar, ao mesmo tempo, as relações consigo mesmo, as interações com os outros e com a verdade<sup>(7)</sup>.

Os profissionais da saúde, ao interagirem com os membros da família, em uma relação terapêutica, precisam estimulá-los à mudança para relações mais positivas, partindo do pressuposto de que: quem tem que mudar a situação são as pessoas que a estão vivenciando. Isso significa valorizar a liberdade de cada ser humano e de cada família. Não é função do profissional de saúde dizer ao outro o que ele deve fazer, mas sim ajudá-lo a pensar nos caminhos possíveis para essa transformação, encontrando o que é preciso ser feito.

Ao falar em relações intrafamiliares saudáveis, referimo-nos ao tipo de interação que permite aos indivíduos saírem de um estado de dominação, para buscarem sua liberdade de ser, expressar-se e construir sua subjetividade. É poder encontrar prazer e felicidade ao se relacionar com os outros. É sentir-se bem na convivência cotidiana. Isso não significa que os conflitos não existam, muito pelo contrário, é preciso que eles ocorram, a fim de motivar e promover a mudança para ser saudável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como profissionais que trabalham com a promoção da saúde da família, acreditamos que um de nossos objetivos consiste em estimular as pessoas com os quais trabalhamos a verbalizarem suas dificuldades, suas emo-

ções, suas necessidades e suas potencialidades. É preciso dar lugar à sua voz, para que possam se expressar e refletir sobre o seu viver e avaliar aquilo que precisa ser modificado, a fim de terem uma convivência saudável.

Pensar as relações intrafamiliares sob a ótica de Foucault foi sem dúvida, algo difícil, mas instigante, porque nos permitiu construir um outro olhar sobre a família, bem como, nos fez repensar nossa atuação profissional. Essa possibilidade de motivar o exercício da liberdade e, a partir daí, buscar transformações nas relações intrafamiliares, permanecerá em nosso pensamento com o objetivo de intervir em busca daquilo que pode vir a se constituir em saúde para a família.

Outro aspecto evidenciado, a partir dessas reflexões foi pensar em estratégias que possibilitem principalmente às mulheres exercerem formas de resistência frente ao estado de dominação em que muitas vivem na relação com o companheiro, ou mesmo com os filhos, estimulando-as a buscarem sua identidade, sua liberdade de expressão, sua autonomia e o exercício da cidadania, como uma expressão de um ser mais saudável.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira AMN. Um estudo transgeracional sobre a construção das relações em famílias com crianças que apresentam comportamento agressivo no cotidiano [tese]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
2. Foucault M. O vínculo conjugal. In: Foucault M. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 152-86.
3. Foucault M. O vínculo conjugal. In: Foucault M. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 45-87.
4. Oliveira AMN, Leivas VA, Lopes, FL. Desvelando os fatores internos e externos que podem influenciar no comportamento agressivo da criança. Relatório de Pesquisa, PIBIC/CNPq. Rio Grande (RS): Departamento de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG; 2002.
5. Bowlby J. Apego e perda: apego. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
6. Silva MRS. A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social [tese]. Florianópolis (SC) : Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
7. Marcon SS, Navarro FM, Hayakawa LY, Scardoelli MGC, Waidman MAP. Relações familiares ante os valores e costumes em diferentes etnias. Rev Rene. 2008; 9(2):9-19.
8. Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica. São Paulo: Forense Universitária, 1995. p. 231-278.
9. Fichtner N. A criança e o contexto sócio-familiar e escolar. In: Prado LC, organizador. Famílias e terapeutas construindo caminhos. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.
10. Nitschke RG. Uma viagem pelo mundo de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho [tese]. Florianópolis(SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
11. Simionato-Tozo SMP, Biazoli-Alves ZMM. O cotidiano e as relações familiares em duas gerações. Paidéia (Ribeirão Preto). 1998; 8(14-15):137-50.
12. Bastos AC. Modos de partilhar: a criança e o cotidiano da família. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.

RECEBIDO: 12/01/2009

ACEITO: 29/09/2009

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

### INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev Rene, ISSN 1517-3852, é uma publicação técnico-científica da Rede de Enfermagem do Nordeste, sediada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, desde sua criação em 2000. Atualmente, é publicada trimestralmente e se propõe a divulgar a produção científica de seus assinantes, profissionais, estudantes de enfermagem e áreas afins. As diretrizes gerais da Revista são definidas e executadas pela Comissão Editorial.

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

As instruções ora apresentadas objetivam orientar aos autores na elaboração de manuscritos a serem submetidos e, posteriormente, publicados neste periódico. Os manuscritos devem ser inéditos e destinados exclusivamente à Rev. Rene, não se admitindo sua submissão simultânea, no todo ou em parte a outros periódicos.

Os manuscritos devem ser enviados ao periódico somente por correio eletrônico para [rene@ufc.br](mailto:rene@ufc.br). Simultaneamente, os autores devem enviar por via postal (Rede de Enfermagem do Nordeste - Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE) ou por via fax (55 85 3366 8453) ou via eletrônica (escaneada): escritório dirigido ao Conselho Editorial, solicitando apreciação do manuscrito e declaração de responsabilidade (**Modelo 1**); autorização assinada por todos os autores, para a publicação do artigo e declaração de cessão dos Direitos Autorais (**Modelo 2**); cópia do Parecer do Comitê de Ética, caso se trate de pesquisa envolvendo seres humanos; comprovante de assinatura de todos os autores. Ressaltamos que, no momento da submissão, assim como da publicação do manuscrito, todos os autores devem estar com a assinatura da Revista atualizada.

### CATEGORIAS DOS MANUSCRITOS

**Editorial:** texto de responsabilidade do Conselho Editorial da Revista. Máximo de duas páginas.

**Artigos Originais:** abrangem estudos destinados a divulgar pesquisas originais e inéditas, inclusive aquelas de cunho qualitativo. No caso de ser pesquisa original e

inédita, deve-se contemplar *Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões*. Os artigos devem conter no máximo 15 páginas e até 20 referências bibliográficas, havendo, entretanto, alguma flexibilidade, quando se julgar necessário.

**Relatos de experiência:** descrevem experiências acadêmicas e assistenciais. Até 15 páginas.

**Revisões:** compreendem a avaliação sistematizada e crítica da literatura sobre temas específicos. Sua composição deve incluir a delimitação do tema, descrição dos métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Máximo de 15 páginas.

**Resenhas:** síntese ou análise interpretativa de obra recentemente publicada. Máximo de 3 páginas. Antes do texto, deve-se incluir a referência bibliográfica completa da obra resenhada em estilo Vancouver. No final do texto, deve-se incluir o nome, titulação acadêmica, filiação institucional e E-mail instituição do autor da resenha.

**Comunicações breves:** contempla estudos avaliativos originais ou notas prévias de pesquisa originais contemplando dados inéditos e que sejam relevantes para a enfermagem. A estrutura do texto deve obedecer às mesmas instruções para artigos originais. Máximo de 5 páginas.

**Carta ao Editor:** refere-se a cartas recebidas cujo conteúdo tem o propósito de discutir temas recentes e relevantes de artigos publicados na revista. Serão publicados a critério do Conselho Editorial. Uma página.

### AVALIAÇÃO POR PARECERISTAS

Os manuscritos enviados para Rev Rene serão, primeiramente, examinados pelo Conselho Editorial e em seguida, enviados para avaliação de dois pareceristas, designados pela Comissão Editorial, sendo omitida a identificação dos consultores e dos autores, os quais serão notificados sobre a necessidade de modificações no texto. Ao final do processo, os autores serão comunicados sobre a aceitação ou não para publicação.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações, mas as alterações essenciais serão solicitadas aos autores. Os artigos expressam o pensamento dos autores e são de sua inteira responsabilidade, não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial. Os trabalhos recusados serão devolvidos aos autores.

Serão respeitados alguns itens que possam evidenciar conflito de interesse entre autores e consultores, de forma estritamente confidencial. Os consultores poderão se manifestar caso haja algum impedimento em relação à sua participação como parecerista.

## APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os manuscritos deverão conter no máximo 15 páginas, respeitando-se a categoria de cada um, redigidos na ortografia oficial, em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5cm de cada um dos lados, letra 12, Times New Roman. Os parágrafos devem estar alinhados a 1,5cm.

## ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

### Primeira página

A primeira página (Página de identificação) dos trabalhos deve conter o título do trabalho, nome completo dos autores, resumos em português, inglês e espanhol, e as respectivas palavras-chave, endereço completo do autor responsável. Em nota de rodapé, devem constar os créditos de cada autor considerando: titulação, cargo, função, afiliação institucional e/ou acadêmica, nacionalidade, e-mail, de preferência o institucional. Indicar se houve suporte de algum órgão de financiamento.

**Título do artigo:** sintético e objetivo, apresentado seguidamente em Português, em negrito; em Inglês e em Espanhol, em itálico e sem negrito; com no máximo 14 palavras, em letras maiúsculas, centralizados, letra 12, Times New Roman. Ressalte-se que a ordem dos títulos será alterada conforme o idioma que se apresenta a redação do trabalho, isto é, se o artigo for redigido em inglês, o primeiro título e o primeiro resumo, deverão ser em inglês.

**Autoria:** a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6 e devem apresentar-se

um abaixo do outro, em caixa alta, tamanho 10, fonte Times New Roman e com números sobrescritos. Ex.: MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>1</sup> (NÚMERO DE ORDEM 1.2...ATÉ O 6)

**Resumo:** na seguinte ordem: em português, inglês e espanhol contendo no máximo 150 palavras que expressem os pontos relevantes do texto, isto é, a introdução, objetivos, métodos, principais resultados e conclusões, fornecendo uma visão clara e concisa do seu conteúdo. Deve ser redigido em espaço simples, letra 10, Times New Roman, na mesma sequência dos títulos.

**Descritores:** em português, inglês e espanhol, com inicial maiúscula, separados por ponto e vírgula. Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen, respeitando-se o número de 3 a 5. Utilizar os descritores referidos nos “Descritores em Ciências da Saúde” - DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço: <http://decs.bvs.br/> e/ou MESH/ “Medical Subject Heading” - Index Medicus. Para nomenclatura dos descritores, utilizar: PALAVRAS-CHAVE; KEYWORDS E PALABRAS CLAVE, estes nomes devem estar em caixa alta, letra 10, e em negrito.

**Notas dos autores:** devem apresentar a titulação, a instituição a que estão vinculados, endereço completo do autor responsável, e-mail, de preferência institucional, e inserção do nome do país em que se localizada a instituição, antes do e-mail.

### Corpo do texto

**Texto:** Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito. Saliencia-se que os trabalhos de cunho quantitativo devem apresentar os resultados separados da discussão, e os trabalhos de caráter qualitativo devem apresentar as falas em itálico, sem aspas, tamanho 10, e na sequência do texto. O item Conclusões/Considerações finais não deve conter citações.

**Tabelas e Ilustrações:** tabelas, quadros ou gráficos devem ser limitadas a 5 no conjunto. As **tabelas** devem ter títulos concisos, serem numeradas consecutivamente com algarismo arábicos na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das tabelas e

não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco e dentro do próprio texto.

**Figuras:** (fotografias, desenhos, gráficos) devem ser citadas como figuras, e devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismo arábicos na ordem em que for citada no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja os mesmos das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para reprodução das mesmas.

**Abreviações e símbolos:** Evitar abreviações nos títulos e resumos do manuscrito, a não ser que sejam abreviações padronizadas. No texto, ao citar uma abreviatura, esta deve ser acompanhada em parênteses de seu significado na primeira vez em que for citada.

**Notas de Rodapé:** Devem ser precedidas de asterisco e serem utilizadas o mínimo possível.

**Referências Bibliográficas:** Em relação às citações no texto, estas devem ser numeradas de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores e sem espaço entre a palavra e o parêntese. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex.: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex.: 2,6,10). Ressalta-se que a exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

**Agradecimentos:** neste item, podem ser incluídas a colaboração de pessoas envolvidas, mas que não se configuram como autores, assim como, agradecimentos por apoio financeiro, etc.

## Referências

No corpo do texto, listar os autores em ordem numérica e consecutiva, conforme são mencionados e,

identificá-los pelo mesmo número, sempre que citados. O número deve vir sobrescrito entre parênteses ex.:<sup>(1)</sup>.

**Autores:** Citar até 6 autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex.: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al. separando-os por vírgula.

**Título:** Indicar em maiúscula apenas a primeira letra do título e de nomes próprios. Para periódicos, os títulos devem figurar como indexados no Index Medicus.

**Páginas:** Suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex.: usar de 43-8 e não 43-48.

Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex.:<sup>(1:15)</sup>

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: edição 10<sup>th</sup> ed.; nota de dissertação ou tese, ex.: [thesis]; notas de Internet, ex.: Português: “Disponível em”, “Acessado em”; Inglês: “Available from” e “Accessed at”, etc.

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ARTIGOS DE PERIÓDICOS

#### 1 – Artigo padrão

Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi IA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. Rev Rene. 2008;9(4):24-32.

#### 2 – Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol. 2000;75(6):28-32.

#### 3 – Com mais de seis autores

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2009;360(2):129-39.

#### **4 – Instituição como Autor**

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

#### **5 – Artigo no Prelo**

Costa KNFM, Pagliuca LMF, Almeida PC, Cardoso MVLML, Rebouças CBA. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. *Rev Rene*. No prelo 2009.

#### **6 – Volume com suplemento**

Gérvias J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Suppl 1:24-6.

#### **7 – Fascículo com suplemento**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Suppl):15-25.

#### **8 – Artigo com errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med*. 1995;162(1):28-31. Erratum in: *West J Med*. 1995; 162(3):278

#### **9 – Editoriais**

Cardoso MVLML. Caminhos para a Enfermagem. [editorial]. *Rev Rene*. 2008; 9(4):13.

### **LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**

#### **10 – Indivíduo como autor**

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

#### **11 – Organizador, Editor, Coordenador como autor**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

#### **12 – Capítulos de livro**

Araújo DA. Psicologia no tratamento de crianças com paralisia cerebral. In: Lima CLA, Fonseca LF. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.235-40.

#### **13 – Teses, dissertações e monografias**

Lúcio IML. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

#### **14 – Trabalhos apresentado em Eventos**

Pagliuca LMF, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Análise da comunicação verbal e não-verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. In: Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2008 Nov. 3-6; Belo Horizonte: ABEN Seção-BH; 2008.

### **DOCUMENTOS EM FORMATOS ELETRÔNICOS**

#### **15 – Artigo em formato eletrônico**

Tavares DMS, Rodrigues RAP. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2008 [citado 2009 mai 28]; 10(4): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf>

#### **16 – Tese, dissertação ou monografia em formato eletrônico**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington : National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

#### **17 – Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 26 Jun 1986. Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

## MODELO 1

Ao Conselho Editorial  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Encaminhamento e Declaração de Responsabilidade

Estamos encaminhando o artigo (colocar nome completo do artigo) para que este seja submetido à apreciação desta conceituada Revista. Afirmamos que todos os autores se declaram responsáveis integralmente por qualquer alteração que se faça necessária no artigo encaminhado.

Certificamos que este trabalho é original e que nem parcial ou integralmente foi publicado ou está sendo avaliado com vistas de publicação em outra revista.

Autores (Listar nome completo de todos autores, data e abaixo de cada nome, inserir endereço completo e e-mail)

## MODELO 2

Ao Conselho Editorial  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (escrever título do artigo) se tornarão propriedade exclusiva da Rev. Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à Rev. Rene e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data:

Universidade Federal do Ceará  
Departamento de Enfermagem  
Rev Rene  
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo  
CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE-Brasil.  
Fone/Fax: 55 85 3366-8453.  
E-mail: rene@ufc.br  
www.revistarene.ufc.br

## PUBLISHING RULES

### GENERAL INFORMATION

The Northeast Network Nursing Journal – Rev Rene, ISSN 1517-3852 is a technical scientific publication of the Northeast Network Nursing which has been hosted in the Nursing Department of the Federal University of Ceará since 2000. Nowadays, it has been published quarterly and aims to publish the scientific production of its subscribers, professionals, students of nursing as well as of related areas. The journal general policies are defined and accomplished by the “Editorial committee.

### INSTRUCTIONS TO THE AUTHORS FOR MANUSCRIPTS PUBLISHING

The instructions hereby presented aim to guide the authors in the elaboration of manuscripts to be submitted and at a later time published in this journal. The manuscripts must be unpublished and uniquely destined to the Rev Rene, what means that their simultaneous submission is not allowed in part or as a whole in other periodicals.

Manuscripts must only be sent through e-mail to rene@ufc.br. At the same time, the authors must post to (Rede de Enfermagem do Nordeste - Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE) or via fax (55 85 3366 8453) or Electronic format (scanner): letter sent to Editorial Board, requesting consideration of the manuscript and statement of responsibility; (**Model 1**); authorization signed by all the authors, for publishing the articles and Declaration of Copyright Cession (**Model 2**); copy of the Ethics Committee's Opinion, in case of research involving human beings; proof of signature by all the authors.

It is important to mention that at the moment of submission, as well as in the publication of manuscripts, all the authors must have the subscription of the journal updated.

### CATEGORY OF MANUSCRIPTS

**Editorial:** Journal Editorial Council responsibility. Maximum of two pages. **Original Articles:** cover studies intended to publish original and unpublished researches

including those of qualitative nature. In case of original and unpublished researches the following points must be taken into account: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions. The articles must have at least 15 pages and up to 20 bibliographical references, being considered some flexibility, whenever necessary.

**Experience report:** describe academic and assistance experiences. Up to 15 pages.

**Reviews:** comprise the systematic evaluation and critical assessment of literature on specific topics. Their composition must include the theme delimitation, description of methods used to locate, selected and synthesized data and conclusions. Maximum of 15 pages.

**Summaries:** synthesis or interpretative analysis of a recently published work. Maximum of 3 pages. Before the text, the complete bibliographical reference of the summarized work must be included in Vancouver style. At the end of the text it will be included, the name, academic degree, institutional affiliation, E-mail and summary author's institution.

**Brief communications:** present original interpretative studies or previous notes of original research presenting unpublished and relevant data for the nursing area. The structure of the text must follow the same instructions for original articles. Maximum of 5 pages.

**Letter to the Editor:** refers to letters received by the editor whose content aims to discuss relevant themes of articles published in the journal. They will be published following the Editorial Council. One page.

### REFEREES' EVALUATION

The manuscripts sent to the Rev Rene, are firstly examined by the Editorial Council and then sent to the evaluation of two referees who are designed by the Editorial Commission being omitted the identification of the consulters and authors who are notified on the necessity of modification of the text. At the end of the process, the

authors are informed whether or not they are accepted to be published.

The Editorial commission can make some modifications however; the authors will be notified about the essential changes. The articles express the authors' thought and are of their entire responsibility, not reflecting, necessarily the Editorial Commission's opinion. The works which are refused will be sent back to the authors.

Strictly confidential respect will be considered in some items which may evidence conflict of interest among authors and consultants. The consultants may interfere in case of constraint concerning their participation as a referee.

## WORKS' PRESENTATION

The manuscripts must have no more than 15 pages, considering each one's category, written in the official spelling in Word for Windows format, to be printed in A4 paper size, space 1,5, margin 2,5cm for each side, font Times New Roman 12. The paragraphs must be aligned at 1,5cm.

## STRUCTURE OF MANUSCRIPTS

### First Page

The first Page (identification page) must contain the title of the paper, full name of the authors, abstracts in Portuguese, English and Spanish and the respective keywords, responsible author's complete address. In footnote there must be the credits of each author considering: titles, position, institutional or academic affiliation, nationality, and e-mail, preferably the institutional. In case of financial support given by any institution, it must be mentioned.

**Title of the article:** it must be synthetic and objective, being presented in Portuguese, in bold; with no more than 14 words, in capital letters, centered, times New Roman 12pts. It is important to highlight that the order of titles must be alternated according to the idiom of the paper, it means that if the paper was written in English the first title as well as the abstract must be also in English.

**Authorship:** The indication of authors' names soon below the title of the article is limited by 6 and they must be

displayed one below the other, in upper case letters, Times New Roman, font size 10 and superscript numbers. E.g.: MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>1</sup> (ORDERING NUMBER 1,2...UP TO 6)

**Abstract:** in the following order: Portuguese, English and Spanish containing at most 150 words that express the relevant points of the text, i.e. introduction, objectives, methods, main results and conclusions, supplying a clear and concise vision of its content. It must be written in simple space, font size letter 10, Times New Roman, in the same sequence of the titles.

**Keywords:** in Portuguese, English and Spanish, with initial capital letter, separated by semicolon. They must follow the summary, abstract and resumen, respecting the number from 3 to 5. To use the Keywords referred to in the "Keywords in Health Sciences" - DECS/LILACS/BIREME available in the address <http://decs.bvs.br/and/> or MESH/ "Medical Subject Heading" - Index Medicus. For the nomenclature keywords, use: PALAVRAS-CHAVE; KEYWORDS AND PALABRAS CLAVE, these names must be in capital letters, font size letter 10, and in bold-face.

**Authors' notes:** they must present education, the institution to which they are linked, complete address of the responsible author, e-mail, preferably institutional and the name of the country where the institution is located, before the e-mail.

### Body of the text

**Text** The structure demanded for each category of manuscript must be obeyed. It is pointed out that the researches of quantitative type must present the separate results of the discussion, and the qualitative ones must present the words in italic, without inverted commas, font size 10, and in the sequence of the text. The item Conclusions/final considerations must not contain quotations.

**Charts and Illustrations:** charts, pictures or table must be limited by 5 in the set. The charts must have concise titles, be numbered consecutively with Arabic numerals in the order in which they will be quoted in the text, not to use internal vertical or horizontal lines. The explicative notes must appear in the footnote to the charts and not in the

title or heading. They must show up in black and white and inside the text itself.

**Figures:** (photographs, drawings, charts) must be quoted like figures, and must have been drawn or photographed by professionals or demonstrate excellent quality of fingerprint. They should be numbered consecutively with Arabic numerals in the order in which they will be quoted in the text. The illustrations must be sufficiently clear to be allowed their reproduction. It is not allowed that the content of the tables is the same of the charts. The captions of the figures, the symbols, the numbers and other signs need to be identified and described as for their meaning. If the authors decide to use already published illustrations, they must direct written permission, for their production.

**Abbreviations and symbols:** abbreviations should be avoided in the titles as well as in the summaries of the manuscript, unless they are standardized abbreviations. In the text, while quoting an abbreviation, this one must be followed in parentheses of its meaning in the first time in which it is quoted.

**Footnotes:** They must be preceded by asterisk and should be used as little as possible.

**References:** As for citations in the text, they must be numbered in consecutive order according to the order in which they are mentioned first. Identify citations by Arabic numerals in parentheses and superscript, without mentioning the name of the author and no space should be given between the word and parenthesis. When it comes to sequential quotations, separate the numbers by dash (e.g.: 1-6), when intercalated, commas should be used (e.g.: 2,6,10). It is emphasized that the accuracy of the references is the responsibility of the authors

**Acknowledgments:** this item may include the collaboration of the people involved, but who are not authors and, we are also thankful for the financial support, etc.

## References

In the body of the text, the authors should be listed in numerical and consecutive order, as they are mentioned, and they should be identified by the same

number whenever they are cited. The number must be superscript in brackets e.g.:<sup>(1)</sup>

**Authors:** Summon up to 6 authors, separated by comma, entering the surname, with only the initial capital letter, followed by the initials of forenames and of the others, without full stop or any other element of connection between them. E.g.: Vasconcelos FF and not Vasconcelos, F. of F. For references with more than six authors, list the first six followed by et al. separating them with commas.

**Title:** Indicate in capital only the first letter of the title and proper names. For periodicals, the titles should appear as indexed in Index Medicus.

**Pages:** Delete repeated dozens or hundreds. E.g.: use from 43-8, not 43-48.

Placing the page in the quote, number of author followed by a colon and the page number. E.g.:<sup>(1:15)</sup>

Notes: transcribe in the language of work, data such as: 10<sup>th</sup> edition ed.; Note of dissertation or thesis, e.g.: [thesis] notes from Internet, e.g.: Portuguese: "Available at", "Accessed in" English "Available from" and "Accessed at", etc.

## EXAMPLES OF REFERENCES

### ARTICLES OF PERIODICALS

#### 1 - Standard Article

Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LME, Rossi IA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. Rev Rene. 2008;9(4):24-32.

#### 2 – Without any authorship indication

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol. 2000;75(6):28-32.

#### 3 - With more than six authors

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2009;360(2):129-39.

#### **4 - Institution as Author**

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension*. 2002;40 (5):679-86.

#### **5 - Article in press**

Costa KNFM, Pagliuca LMF, Almeida PC, Cardoso MVLML, Rebouças CBA. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. *Rev Rene*. No prelo 2009.

#### **6 - Volume with supplement**

Gérvas J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Suppl 1:24-6.

#### **7 - Issue with supplement**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Suppl):15-25.

#### **8 - Article with published erratum**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med*. 1995;162(1):28-31. Erratum in: *West J Med*. 1995; 162(3):278

#### **9 – Editorial**

Cardoso MVLML. Caminhos para a Enfermagem. [editorial]. *Rev Rene*. 2008; 9(4):13.

### **BOOKS AND OTHER MONOGRAPHS**

#### **10 - Individual as author**

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

#### **11 - Organizer, Editor, Author as Coordinator**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

#### **12 - Chapters of books**

Araújo DA. Psicologia no tratamento de crianças com paralisia cerebral. In: Lima CLA, Fonseca LF. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.235-40.

#### **13 - Thesis, dissertations and monographs**

Lúcio IML. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

#### **14 - Work presented in Conference**

Pagliuca LMF, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Análise da comunicação verbal e não-verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. In: Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2008 Nov. 3-6; Belo Horizonte: ABEN Seção-BH; 2008.

### **ELECTRONIC DOCUMENTS**

#### **15 - Article in electronic format**

Tavares DMS, Rodrigues RAP. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 mai 28]; 10(4): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf>

#### **16 - Thesis, dissertation or monograph in electronic format**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington : National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

#### **17- Legal Documents**

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

## MODEL 1

To: Editorial Board  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Routing and Responsibility Statement

We are sending the article (**write the article full title**) to be submitted to the appreciation of this well-known journal. We assert that all the authors declare to be responsible for any necessary change in the article referred.

We acknowledge that this work is original and that it was not partially or completely published or is being evaluated in order of publication in another journal.

Authors (list all authors' full name, date and under each name, enter full address and e-mail)

## MODEL 2

To: Editorial Board  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Copyright Transfer Declaration

The undersigned authors declare that the copyright referred to the article (**write title of the article**) will become exclusive property of Rev Rene - The Northeast network nursing journal. The same way, they assume full responsibility for the quotes and bibliographical references used in the texts as well as for the ethical aspects which involve the subjects of the study.

We are conscious that it is prohibited any partial or total reproduction in any part or means, printed or electronic without prior and necessary authorization and if obtained we will show the competent thanks to Rev Rene and the corresponding claims.

Authors:

Article:

Place and date:

Universidade Federal do Ceará  
Departamento de Enfermagem  
Rev Rene  
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo  
CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE-Brasil.  
Fone/Fax: 55 85 3366-8453.  
E-mail: rene@ufc.br  
www.revistarene.ufc.br

## NORMAS PARA PUBLICACIÓN

### INFORMACIONES GENERALES

La Revista de la Red de Enfermería del Nordeste - Rev Rene, ISSN 1517-3852, es una publicación técnica y científica de la Red de Enfermería del Nordeste, que tiene su sede en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, desde su creación en el año 2000. Actualmente, su publicación es trimestral y se propone divulgar la producción científica de sus abonados, profesionales, estudiantes de enfermería y áreas afines. Las directrices generales de la Revista son definidas y ejecutadas por la Comisión Editorial.

### INSTRUCCIONES A LOS AUTORES PARA PUBLICACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Las instrucciones ahora presentadas objetivan orientar a los autores en la elaboración de manuscritos que serán sometidos a evaluación y, posteriormente, publicados en esta revista. Los manuscritos deben ser inéditos y destinados exclusivamente a la Rev Rene, no se admite su sumisión simultánea, en total o en parte a otros periódicos/revistas.

Los manuscritos deben enviarse a la revista a través de correo electrónico para rene@ufc.br. A la vez, los autores deben enviar por vía postal (Rede de Enfermagem do Nordeste – Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo – CEP: 60.430-160 – Fortaleza/CE) o por fax (55 85 3366 8453) o vía electrónica (escaneada): oficio encaminado al Consejo Editorial, solicitando apreciación del manuscrito y declaración de responsabilidad (**Modelo 1**); autorización firmada por todos los autores, para la publicación del artículo y declaración de cesión de los Derechos Autorales (**Modelo 2**); copia del Parecer del Comité de Ética, si se trata de investigación implicando seres humanos; documento que compruebe la firma de todos los autores. Dejamos claro que, en el momento de realizar la sumisión y también cuando la publicación del manuscrito, todos los autores deben estar al día con la suscripción de la Revista.

### CATEGORÍAS DE LOS MANUSCRITOS

**Editorial:** texto de responsabilidad del Consejo Editorial de la Revista. Máximo de dos páginas.

**Artículos Originales:** abarcan estudios destinados a divulgar investigaciones originales e inéditas, incluso aquéllas de cuño cualitativo. Si se trata de investigación original e inédita, se debe contemplar: *Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones*. Los artículos deben contener al máximo 15 páginas y hasta 20 referencias bibliográficas, habiendo, sin embargo, alguna flexibilidad, cuando se considere necesario.

**Relatos de experiencia:** describen experiencias académicas y asistenciales. Hasta 15 páginas.

**Revisiones:** contienen en si, la evaluación sistematizada y crítica de la literatura sobre temas específicos. Su estructura debe incluir la delimitación del tema, descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos y las conclusiones. Máximo de 15 páginas.

**Reseñas:** síntesis o análisis interpretativo de la obra recién publicada. Máximo de 3 páginas. Antes del texto, se debe incluir la referencia bibliográfica completa de la obra reseñada en estilo Vancouver. Al final del texto, debe incluirse el nombre, la titulación académica, filiación institucional y correo electrónico/ institución del autor de la reseña.

**Comunicaciones breves:** contempla estudios evaluativos originales o notas previas de investigación originales, observando con atención datos inéditos y que sean relevantes para la enfermería. La estructura del texto debe obedecer las mismas instrucciones para los artículos originales. Máximo de 5 páginas.

**Carta al Editor:** se refiere a cartas recibidas cuyo contenido propone la discusión de temas recientes y relevantes de artículos publicados en la revista. Serán publicados según el criterio del Consejo Editorial. 1 (una) página.

### EVALUACIÓN POR PERITOS

Los manuscritos enviados para Rev Rene serán, primeramente, examinados por el Consejo Editorial y

enseguida, enviados para ser evaluados por dos peritos, designados por la Comisión Editorial, siendo omitida la identificación de los consultores y de los autores, los cuales serán notificados sobre la necesidad de modificaciones en el texto. Al final del proceso, los autores serán comunicados sobre la aceptación o no para publicación.

La Comisión Editorial podrá hacer pequeñas modificaciones, pero las alteraciones esenciales serán solicitadas a los autores. Los artículos expresan el pensamiento de los autores y son de su entera responsabilidad, sin reflejar necesariamente la opinión de la Comisión Editorial. Los trabajos recusados se devolverán a los autores.

Serán respetados algunos ítems que puedan evidenciar conflicto de interés entre autores y consultores, de modo estrictamente confidencial. Los consultores podrán manifestarse caso haya algún impedimento en relación a su participación como peritos.

## **PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS**

Los manuscritos deberán contener al máximo 15 páginas, respetando la categoría de cada uno, redactados en la ortografía oficial, en formato Word for Windows, para impresión en papel A4, en espacio 1,5 – margen de 2,5cm de cada uno de los lados, letra 12, Times New Roman. Los párrafos deben estar alineados a 1,5cm.

## **ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS**

### **Primera Página**

La primera página (Página de identificación) de los trabajos debe contener el título del trabajo, nombre completo de los autores, resúmenes en portugués, inglés y español, y las respectivas palabras clave, dirección completa del autor responsable. En nota a pie de página, deben constar los créditos de cada autor considerando: titulación, cargo, función, filiación institucional y/o académica, nacionalidad, correo electrónico, preferentemente el institucional. Indicar si hubo apoyo de algún órgano de financiamiento.

**Título del artículo:** sintético y objetivo, presentado seguidamente en Portugués, en negrita; en Inglés y en Español, en itálico y sin negrita; 14 palabras al máximo,

en letras mayúsculas, centralizados. Se debe resaltar que el orden de los títulos será alterado conforme el idioma en el que se presenta la redacción del trabajo, o sea, si el artículo es redactado en inglés, el primer título, así como el primer resumen, deberá ser en inglés.

**Autoría:** la indicación de los nombres de los autores debajo del título del artículo es limitada a 6 y deben presentarse uno debajo del otro, en mayúscula, tamaño 10, fuente Times New Roman y con números sobrescritos. Ej.: MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>1</sup> (NÚMERO DE ORDEN 1, 2...HASTA EL 6)

**Resumen:** en el orden siguiente: en portugués, inglés y español conteniendo 150 palabras al máximo, que expresen los puntos relevantes del texto, es decir, la introducción, los objetivos, métodos, principales resultados y conclusiones, proporcionando una visión clara y concisa de su contenido. Debe redactarse en espacio simple, letra 10, Times New Roman, en la misma secuencia de los títulos.

**Palabras Clave:** en portugués, inglés y español, con inicial mayúscula, separadas por punto y coma. Deben acompañar el “resumo, abstract y resumen”, respetando el número de 3 a 5. Utilizar las palabras clave referidas en “Descritores em Ciências da Saúde”-DECS/LILACS/BIREME disponible en la dirección <http://decs.bvs.br/> y/o MESH/ “Medical Subject Heading” - Index Medicus. Para nomenclatura de las palabras clave, utilizar: PALAVRAS-CHAVE; KEYWORDS Y PALABRAS CLAVE, estos nombres deben estar en mayúscula, letra 10 y en negrita.

**Notas de los autores:** deben presentar la titulación, la institución a la cual están vinculados, dirección completa del autor responsable, correo electrónico, de preferencia institucional e inserción del nombre del país en que está situada la institución, antes del correo electrónico.

### **Cuerpo del texto**

**Texto:** Debe obedecerse la estructura exigida para cada categoría de manuscrito.

Se resalta que los trabajos de cuño cuantitativo deben presentar los resultados separados de la discusión y los trabajos de carácter cualitativo deben presentar los relatos en itálico, sin comillas, tamaño 10, y en la secuencia del

texto. El ítem Conclusiones/Consideraciones finales no debe contener citas.

**Tablas e Ilustraciones:** tablas, cuadros o gráficos deben limitarse a 5 en el conjunto. Las **Tablas** deben tener títulos concisos, ser numeradas consecutivamente con algoritmo arábigo en el orden citado en el texto, no utilizar líneas internas verticales u horizontales. Las notas explicativas deben aparecer a pie de página de las tablas y no en el título o encabezamiento. Deben presentarse en blanco y negro y dentro del propio texto.

**Figuras:** (fotografías, dibujos, gráficos) deben citarse como figuras y deben haber sido diseñadas o fotografiadas por profesionales o mostrar excelente calidad de impresión digital. Deben estar numeradas consecutivamente con algoritmo arábigo según el orden citado en el texto. Las ilustraciones deben ser suficientemente claras para permitir su reproducción. No es permitido que el contenido de los gráficos sea el mismo de las tablas. Las leyendas de las figuras, los símbolos, los números y otras señas necesitan ser identificadas y descritas en cuanto a su significado. Si acaso los autores opten por utilizar ilustraciones ya publicadas, deben encaminar una solicitud de permiso, por escrito, para reproducción de las mismas.

**Abreviaciones y símbolos:** Evitar abreviaciones en los títulos y resúmenes del manuscrito, a no ser que sean abreviaciones estandarizadas. En el texto, al mencionar una abreviatura, ésta debe ir acompañada por su significado – inserido entre paréntesis - la primera vez que sea citada.

**Notas a pie de página:** Deben ser precedidas de asterisco y utilizarse lo menos posible.

**Referencias Bibliográficas:** En relación a las citas en el texto, éstas deben ser numeradas en forma consecutiva, de acuerdo al orden en que sean mencionadas la primera vez. Identificar las citas con números arábigos, entre paréntesis y sobrescrito, sin mención del nombre de los autores y sin espacio entre la palabra y el paréntesis. Cuando se trate de cita secuencial, separar los números por guión (ej.: 1-6); cuando intercalados, usar coma (ej.: 2,6,10). Se resalta que la exactitud de las referencias bibliográficas es responsabilidad de los autores.

**Agradecimientos:** en este ítem, se puede incluir la colaboración de personas involucradas, pero que no se configuran como autores, al igual que los agradecimientos por apoyo financiero, etc.

## Referencias

En el **cuerpo del texto**, listar los autores en orden numérica y consecutiva, conforme son mencionados e identificarlos por el mismo número, siempre que sean citados. El número debe ir sobrescrito entre paréntesis, ej.:<sup>(1)</sup>.

**Autores:** Citar hasta 6 autores, separados por coma, entrando por el apellido, sólo con la inicial mayúscula, seguido de las iniciales de nombres y otros apellidos, sin punto o cualquier otro elemento de unión entre ellos. Ej.: Vasconcelos FF en lugar de Vasconcelos, F. de F. Para referencias con más de seis autores, listar los seis primeros acompañados de et al. separados por coma.

**Título:** Indicar en mayúscula apenas la primera letra del título y de nombres propios. Para periódicos, los títulos deben figurar como indexados no Index Medicus.

**Páginas:** Suprimir decenas o centenas repetidas. Ej.: usar de 43-8 y no de 43-48.

Colocación de la página en la cita, número del autor seguido de dos puntos y número de la página. Ej.:<sup>(1:15)</sup>

Notas: Transcribir en el idioma de la obra, datos como: edición 10<sup>th</sup> ed.; nota de disertación o tesis, ej.: [thesis]; notas de Internet, ej.; Portugués: “Disponível em”, “Acessado em”; Inglés: “Available from” y “Accessed at”, etc.

## EJEMPLOS DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ARTÍCULOS DE PERIÓDICOS

#### 1 – Artículo estándar

Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi IA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. Rev Rene. 2008;9(4):24-32.

## **2 – Sin indicación de autoría**

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol.* 2000;75(6):28-32.

## **3 – Con más de seis autores**

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2009;360(2):129-39.

## **4 – Institución como Autor**

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

## **5 – Artículo en el Prelo**

Costa KNFM, Pagliuca LMF, Almeida PC, Cardoso MVML, Rebouças CBA. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. *Rev Rene.* No prelo 2009.

## **6 – Volumen con suplemento**

Gérvás J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Suppl 1:24-6.

## **7 – Fascículo con suplemento**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2 Suppl):15-25.

## **8 – Artículo con errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med.* 1995;162(1):28-31. Erratum in: *West J Med.* 1995;162(3):278

## **9 – Editoriales**

Cardoso MVML. Caminhos para a Enfermagem. [editorial]. *Rev Rene.* 2008; 9(4):13.

## **LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS**

### **10 – Individuo como autor**

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

### **11 – Organizador, Editor, Coordenador como autor**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

### **12 – Capítulos de libro**

Araújo DA. Psicologia no tratamento de crianças com paralisia cerebral. In: Lima CLA, Fonseca LF. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.235-40.

### **13 – Tesis, disertaciones y monografías**

Lúcio IML. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

### **14 – Trabajos presentados en Eventos**

Pagliuca LMF, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Análise da comunicação verbal e não-verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. In: Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2008 Nov. 3-6; Belo Horizonte: ABEN Seção-BH; 2008.

## **DOCUMENTOS EN FORMATOS ELECTRÓNICOS**

### **15 – Artículo en formato electrónico**

Tavares DMS, Rodrigues RAP. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Rev Eletr Enf.* [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 mai 28]; 10(4): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf>

### **16 – Tesis, disertación o monografía en formato electrónico**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

### **17 – Documentos legales**

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

### MODELO 1

Al Consejo Editorial  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

#### Encaminhamento y Declaración de Responsabilidad

Estamos encaminhando el artículo (**colocar nombre completo del artículo**) para que éste sea sometido a la apreciación de esta conceptuada Revista. Afirmamos que todos los autores se declaran responsables integralmente por cualquier alteración que se haga necesaria en el artículo encaminhado.

Certificamos que este trabajo es original y que ni parcial o integralmente fue publicado o está siendo evaluado con miras a publicación en otra revista.

Autores (Listar nombre completo de todos los autores, fecha y debajo de cada nombre inserir dirección completa y correo electrónico)

### MODELO 2

Al Consejo Editorial  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

#### Declaración de Transferencia de Derechos Autorales

Los autores - que abajo firman - declaran que los derechos autorales referentes al artículo (**escribir título del artículo**) pasarán a ser propiedad exclusiva de la Rev Rene – Revista de la Red de Enfermería del Nordeste. También asumen total responsabilidad por las citas y referencias bibliográficas utilizadas en el texto, así como sobre los aspectos éticos que involucran los sujetos del estudio.

Somos sabedores de que es vedada cualquier reproducción total o parcial, en cualquier parte o medio de divulgación, impresa o electrónica, sin que, la previa y necesaria autorización sea solicitada y, si obtenida, haremos constar el competente agradecimiento a la Rev Rene y los créditos correspondientes.

Autores:  
Artículo:  
Local y fecha:

Universidade Federal do Ceará  
Departamento de Enfermagem  
Rev Rene  
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo  
CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE-Brasil.  
Fone/Fax: 55 85 3366-8453.  
E-mail: rene@ufc.br  
www.revistarene.ufc.br





### ASSINATURA

Assinatura anual individual/profissional ..... R\$ 100,00  
 Assinatura anual institucional/Estudante de graduação..... R\$ 60,00  
 Assinatura anual institucional ..... R\$ 125,00  
 Assinatura de anos anteriores..... R\$ 94,00  
 Número avulso ..... R\$ 34,00  
 Ano: \_\_\_\_\_  
 NOME: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_  
 FONE(S) COMERCIAL: ( ) \_\_\_\_\_ RESIDENCIAL: ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

Depósito bancário para ACEP/ Rev Rene – Conta Corrente: Nº 14684-6 – Banco do Brasil – 001 – Agência 3653-6

Nota: Enviar a cópia do recibo à Revista via correio ou fax, juntamente com os dados pessoais do assinante.

Rev Rene

Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • CEP 60430-160 • Fone/Fax: 85-33668453 / 33668451



### SUBSCRIPTION

Annual individual subscription/professional ..... R\$ 100,00  
 Annual individual subscription/Student of graduation..... R\$ 60,00  
 Annual corporate subscription ..... R\$ 125,00  
 Subscription of previous years..... R\$ 94,00  
 Single issue..... R\$ 34,00  
 Year : \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Zip Code: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Daytime phone no./Home phone no. \_\_\_\_\_

Subscribe by sending a bank draft payable to ACEP/Rev Rene – Bank Account no. 14684-6 – Bank: Banco do Brasil – 001, Branch: 3653-6

Note: sending the copy of the subscription form and the bank craft receipt to:

Rev Rene

Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil • CEP: 60430-160 • Phone/Fax: 55 85 33668453/55 85 33668451



### SUBSCRIPCIÓN

Inscripción anual individual/profesional ..... R\$ 100,00  
 Inscripción anual individual/Alumno de graduación..... R\$ 60,00  
 Inscripción anual institucional ..... R\$ 125,00  
 Inscripción de años anteriores ..... R\$ 94,00  
 Número avulso ..... R\$ 34,00  
 Año: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado (departamento) \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_  
 Teléfono laboral/ residencial: \_\_\_\_\_

ACEP/ Rev Rene – Cuenta Corriente Nº 14684-6 – Agencia 3653-6 – Banco do Brasil.

Envie ésta ficha de inscripción y copia del recibo bancario para:

Rev Rene

Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil – 60430-160 • Teléfono/ fax: 55-85-33668453/ 5585-33668451